

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Iris Marin Prižmić

Mjere prisile u psihijatriji i prava pacijenata

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Iris Marin Prižmić

Mjere prisile u psihijatriji i prava pacijenata

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja Andrija Štampar, Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, pod vodstvom izv.prof.dr.sc. Ane Borovečki, dr. med., i sumentorstvom izv.prof.dr.sc. Suzane Vuletić, te je predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2017./ 2018.

Mentor rada: izv.prof. dr. sc. Ana Borovečki, dr. med.

Sumentor: izv.prof.dr.sc. Suzana Vuletić

Sadržaj

Sažetak

Summary

Popis korištenih kratica

Uvod

1. Mjere prisile	1
1.1. Pojmovno određenje prisile i definicijsko određenje mjera prisile u kliničkom kontekstu	1
1.2. Konkretno formalne metode provođenja mjera prisile na psihijatrijskim odjelima.....	4
1.2.1. <i>Sputavanje</i>	4
1.2.2. <i>Odvajanje</i>	7
1.3. Vremenski okviri primjene mjera sputavanja i izolacije.....	9
2. Bioetičko evauluiranje prava pacijenata i mjere prisile u psihijatrijskom kliničkom kontekstu	11
2.1. Poštovanje pacijenta i uvažavanje njegova dostojanstva	11
2.2. Prava pacijenata i ograničenje prava pacijenata u psihijatrijskom kliničkom kontekstu	13
2.2.1. <i>Pravo na suodlučivanje i pravo na obavještenost i nemogućnost uvažavanja autonomije i suodlučivanja</i>	13
2.2.2. <i>Pravo na prihvaćanje/odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata i ograničenje prava na prihvaćanje/odbijanje medicinskog postupka ili zahvata</i>	15
2.2.3. <i>Pravo na povjerljivost i povreda prava na povjerljivost kod pacijenta promijenjene kvalitete svijesti</i>	16
2.2.4. <i>Pravo na privatnost i umanjenost prava na privatnost nužnošću kontrole</i>	18
2.2.5. <i>Pravo na održavanje osobnih kontakata</i>	20
2.2.6. <i>Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove i ograničenje prava na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove</i>	21
2.2.7. <i>Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji</i>	21
2.2.8. <i>Pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima i nužnost sudjelovanja u kliničkim ispitivanjima</i>	22
2.2.9. <i>Pravo na naknadu štete</i>	23
3. Edukacija zdravstvenih radnika i prevencija specifičnosti primjene mjera prisile u psihijatrijskoj ustanovi.....	25
3.1. Analiza uzoraka i konflikata	25
3.2. Upute za etičko postupanje	29
3.3. Minimaliziranje agresivnih mjera prisile	34
Zaključak.....	40

Reference	42
Životopis	49

Sažetak

Mjere prisile u psihijatriji i prava pacijenata

Iris Marin Prižmić

Mjere prisile pod kojima podrazumijevamo prisilnu hospitalizaciju, prisilnu medikaciju, sputavanje i izolaciju, prisutne su u psihijatriji od njenih začetaka. Iako nose mnoge moralne i etičke dileme, još se koriste u zbrinjavanju pacijenata s akutnim psihijatrijskim stanjima u kojima pacijenti predstavljaju prijetnju sebi ili drugim osobama.

Budući da se mjere prisile sve više gledaju kao osjetljivo bioetičko problematiziranje i pitanje ljudskih prava, stoga se, osim zakonskim reguliranjem same mogućnosti uporabe mjera prisile i načina na koji ih se može primjenjivati, pravilnicima pokušavaju uvesti tehnike poput deeskalacije koje bi mogle smanjiti njihovu uporabu.

Permanentna bi se edukacija osoblja o usvajanju tih tehnika trebala provoditi ne samo kao moralna, etička i profesionalna obveza, nego i kao zakonski zahtjev u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: *mjere prisile, psihijatrija, agresivno ponašanje, sestrinstvo, prava pacijenata*

Summary

Coercive measures in psychiatry and patient rights

Iris Marin Prižmić

Coercive measures, which include involuntary hospital admission, involuntary medication, restraint and seclusion, have been used in psychiatry since it's beginning. Although those measures come with serious moral and ethical dilemmas, they are still used in management of patient with acute psychiatric illness when patients represent a danger to themselves or to other people.

Considering the coercive measures are more then ever seen as a bioethical problem and have come into the focus of sensitive human rights issue,, besides established legal framework for the use of coercive measures, the experts are trying to introduce techniques like deescalation to minimise their use.

Permanenet staff education of learning of those techniques ishoul dnot just be moral, ethical and professional obligation, but as also a legal obligation in Croatia.

Keywords: *coercive measures, psychiatry, aggressive behaviour, nursing, patient rights*

Popis korištenih kratica

AAEP	<i>American Association for Emergency Psychiatry</i> (Američka asocijacija za hitnu psihijatriju)
BETA	<i>Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation</i> (Najbolje prakse u evaluaciji i liječenju agitacije)
ICN	<i>International Council of Nurses</i> (Međunarodno vijeće medicinskih sestara)
KZ	Kazneni zakon
NASMHPD	<i>National Association of State Mental Health Program Directors</i> (Nacionalna asocijacija voditelja državnih programa mentalnog zdravlja)
UN	<i>United Nations</i> (Ujedinjeni Narodi)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Svjetska zdravstvena organizacija)
ZOS	Zakon o sestrinstvu
ZZODS	Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama
ZZPP	Zakon o zaštiti prava pacijenata
ZZTP	Zakon o zaštiti tajnosti podataka

Uvod

Na ovu temu sam se odlučila zbog sve većeg broja etičkih implikacija povrede prava pacijenata. Nažalost, svjedok sam kršenja prava psihijatrijskih pacijenata, i to od onih koji bi ih najviše trebali štititi – zdravstvenog osoblja. Kao članu zdravstvenog osoblja, situacije koje se događaju u meni izazivaju buran emotivan odgovor. Smatram da je pristup i prvi kontakt s pacijentom presudan u cijelom procesu liječenja. Kako ćemo predstaviti u ovom radu, bolesnom čovjeku teško se nositi sa svojom bolesti, često, među ostalim, krivi i zdravstveni tim za sve svoje boli. Kao zdravstveni profesionalci, prvenstveno moramo popraviti greške u svome radu koje činimo unatoč postojećim smjernicama, te tek nakon toga raditi u smjeru poboljšanja tih smjernica.

Zbrinjavanje pacijenata s akutnim psihijatrijskim stanjima predstavlja brojne kliničke izazove zdravstvenom osoblju, uključujući procjenu rizika za ozljeđivanje sebe ili drugih, procjenu nesposobnosti pacijenta da donosi racionalne odluke, procjenu potrebe za hospitalizacijom, pružanje njege u okružju koje “guta” društvene resurse, ali i često preklapanje između psihijatrijskih stanja i nestabilnih socijalnih situacija, zlorabe psihoaktivnih droga i sfera kaznenog prava. Ti klinički izazovi prožeti su etičkim problemima, najlakše shvatljivi primjeri su oni s pristankom pacijenta, povjerljivosti i privatnosti pacijenta te prisilnim liječenjem. Dodatna specifičnost psihijatrije jest da se pacijenti s ozbiljnim mentalnim bolestima smatraju podložnima gubitku kontrole impulsa, te često ne mogu ispuniti zahtjeve međuljudskih odnosa i ne odgovaraju na senzoričke podražaje, pa stoga ponekad uporaba mjera prisile može na njih djelovati terapijski. Dok jedni smatraju mjere prisile terapijskim modalitetom, drugi navode da su takve mjere češće potrebne kao kontrola potencijalnog nasilja (1). Moramo napomenuti odmah na početku – svrha ovoga rada nije odbaciti mjere prisile, nego upozoriti na najčešće pogreške koje se događaju pri njihovoj primjeni i pokušati predstaviti moderne metode za maksimalno izbjegavanje njihove uporabe.

Mjere prisile se sve više gledaju kao osjetljivo pitanje ljudskih prava, a to su potvrdili i nedavni međunarodno obvezujući dokumenti poput Konvencije Ujedinjenih Naroda o pravima osoba s invaliditetom (2). Osobito su bitne u oblikovanju javnog mišljenja o psihijatriji kao struci, te predstavljaju jedno od glavnih područja medicinske profesije u kojima struka prima kritike, kako od samih korisnika njenih usluga, tako i od uglednih institucija.

Prisila je, u svojim različitim oblicima, uvijek bila centralna u psihijatriji, što je nasljedstvo njenog institucijskog porijekla. Prva zabilježena uporaba mjere prisile je izolacija, još u antička vremena. U ekstremnim slučajevima, još u staroj Grčkoj je upotrebljavano i vezivanje. Svrha i oblici mjera mijenjali su se s vremenom, ovisno o društvenim uvjerenjima o prirodi i izlječivosti mentalnih bolesti. Prvi osnovni principi sputavanja i sekluzije kao mjera koje nemaju smisao kažnjavanja opisao je u “Memoarima o ludilu” francuski liječnik Philippe Pinel 1794. godine (3). Od prve polovice 19. stoljeća, uporaba mehaničkog sputavanja (“luđačka košulja”, razne stolice za sputavanje, protekcijski krevet, hidroterapija) bila je uključena u skoro svaki psihijatrijski azil. Istovremeno su se razvijali pokreti protiv mehaničkog sputavanja u korist fizičkog sputavanja (soba za sekluziju obložena mekanim materijalima, koju je smislio engleski liječnik John Conolly, te čvrsto umotavanje u mokre plahte) (4). Uporaba mjera prisile još je imala centralnu ulogu u liječenju početkom 20. stoljeća, unatoč razvoju drugih terapija (inzulinski šok, elektrokonvulzivna terapija, psihokirurgija, sedativi, te farmakoterapija) (5). 1970-ih i 1980-ih godina uporaba prisile se smanjila kako su se stare mentalne institucije zatvarale u zapadnoj Europi i zamjenjivane su zbrinjavanjem takvih pacijenata u “zajednicama”, prebacujući fokus na njegu, a ne na zatočavanje. Javljaju se i novi tipovi institucija za “zaštićeno” stanovanje, gdje npr. u Italiji imamo novi zakon iz 2012. godine koji zahtijeva vraćanje starog tipa psihijatrijskih bolnica, sigurne zatvorene kuće za stanovanje za ljude koji se smatraju “socijalno opasnim”, maskirane kao inovacija (6).

U zadnje vrijeme pokazatelji su negativni – ravnoteža se opet pomiče u smjeru jače prisile, čak i u sustavima u kojima resursi nisu problem (6). Na to ukazuje činjenica da sve više i više ljudi podliježe mjerama prisilnih psihijatrijskih intervencija – primjerice u Engleskoj su se povećale za trećinu u zadnjih šest godina, a u Škotskoj za 19%, ne računajući samo prisilno liječenje, nego i prisilnu primjenu lijekova, nevoljno ograničenje slobode u izolaciji, te manualno ili mehaničko vezivanje (6). Nedavne studije pokazale su da su stope prisilnog liječenja od 3% (Portugal) do 30% (Švedska), sa stabilnom tendencijom prema stopama od 10 do 20% u većini zemalja (7).

Upravljanje rizikom postaje centralni zahtjev u brizi za psihijatrijskog bolesnika, gdje se klinička praksa ne vodi potrebama pacijenta nego procjenom rizika. Psihijatrijske bolnice sve više služe, umjesto zatvora, za zatočavanje ljudi koji su počinili seksualne ili druge nasilne zločine (6, 8).

Kako je pokazala jedna europska studija, gotovo jedna trećina pacijenata koji se prisilno liječe na psihijatrijskim odjelima podliježu se individualnim mjerama prisile, poput mehaničkog sputavanja, izolacije ili prisilne medikacije unutar prva četiri tjedna liječenja; varijacije su opet velike, negdje su te stope i 60% (9).

Bez obzira na široku rasprostranjenost primjene mjera prisile, empirijskih dokaza njene učinkovitosti iznenađujuće je malo. Nedavnim pregledom literature pronađeno je da postoji samo 13 studija koje su istraživale povezanost mjera prisile i ishoda liječenja, a istodobno su prijavljeni dvosmisleni rezultati, s ocjenom kvalitete studija kao niskom (10).

Na probleme vezane uz mjere prisile osvrnut ćemo se kasnije u radu, za početak, krenimo s osnovnim definicijama mjera prisile i njihovim oblicima.

1. Mjere prisile

U ovoj cjelini definirat ćemo sve danas zakonski omogućene mjere prisile, kojih je većina u domeni psihijatra i pravnog sustava, pa se zatim osvrnuti na dvije najčešće korištene mjere prisile s kojima se medicinska sestra na odjelu psihijatrije ima priliku susresti u svakodnevnom radu.

1.1. Pojmovno određenje prisile i definicijsko određenje mjera prisile u kliničkom kontekstu

Prema Oxford-ovom riječniku engleskog jezika, prisila (eng. *coercion*) je djelovanje ili praksa uvjeravanja nekoga da učini nešto uporabom sile ili prijetnji. Prisiliti znači ograničiti uporabom sile, ili autoritetom oslonjenim na prijetnju silom; iznuditi poslušnost; ili otkloniti želju osobe (11). Suprotno od prisile jest “poboljšati prilike osobe za odabir, povećati njihovu slobodu (više izbora, manje nepovoljnih ishoda) ili povećati njihovu kontrolu ili mogućnost izbora” (12).

Prisila je kategorizirana u široku i usku definiciju (13). Široka definicija gleda na termin prisila kao na široki raspon intervencija koje uključuju “bilo kakvu uporabu autoriteta kako bi se premostili izbori drugog”. Prema tome, intervencije koje obuhvaća ova definicija mogu uključivati mnoge pristupe, od uporabe sile (npr. “mehaničko sputavanje” do suptilnijih “interpersonalnih i dinamičkih aktivnosti kojima jedna osoba ili grupa osoba izvršava svoju volju nad drugom osobom”. Primjerice, prema široj definiciji, uvjeravanje, uporaba autoriteta ili deceptija sve mogu biti prisila. Takva definicija bila bi bliska definiciji “neformalne prisile”, kao “one prakse koje spadaju izvan pravnih i pravilnikom definiranih smjernica”, za razliku od formalne prisile, koja se tipično odnosi na intervencije “koje podupire sila koju određuju pravni statuti,” što je bliže užoj definiciji prisile (14). Uža definicija rezervirana je za situacije u kojima pacijent nema mogućnost pristanka kao npr. u slučaju uvjeravanja, primjerice, ako ga se ne hospitalizira voljno, sigurno će biti prisilno hospitaliziran (13).

Primjerice, uvjeravanje se definira kao “poziv na razum, ali često i na emocije”, kojemu je podložno, prema istraživanjima, 56,8% pacijenata tijekom procesa primitka u psihijatrijsku bolnicu, a koriste ga češće liječnici nego medicinske sestre (15). To je svojevrsan proces pregovaranja između medicinskog profesionalca i pacijenta. “Interpersonalna poluga”

neformalni je alat prisile koji se može upotrijebiti kada pacijent postane djelomično emocionalno ovisan, a osoblje to koristi kao polugu za pristanak na terapiju, na primjer, medicinska sestra može izražavati negodovanje ili razočaranje na odbijanje lijekova, kako bi sljedeći put pacijenta lakše uvjerila u uzimanje lijeka. Može pregovarati na način da daje pacijentu prijedlog, primjerice, “ako napravi stvar A, dobit će beneficiju u obliku stvari B.” Medicinska sestra može probati neformalno prisiliti pacijenta na nešto pozivanjem na autoritet, npr. na autoritet liječnika. Neformalna vrsta prisile mogu biti i primjerice zavaravanje pacijenta, dajući mu namjerno lažne informacije, npr. reći mu da ga imamo zakonski pravo prisilno hospitalizirati kada to pravo pravno nemamo, i tako ga navesti na voljnu hospitalizaciju. Takva sredstva, dakle, valja razlikovati od formalnih oblika prisile, definiranih zakonima i pravilnikom, na koja ćemo se uglavnom osvrnati u ovom radu. U svezi neformalnih oblika prisile, valja se ovdje osvrnuti i na fenomen “percepirane prisile”, odnosno načinu na koji pacijent shvaća prisilu. Taj fenomen poznat već više od 50 godina kaže da pravni status osobe koja se prima u bolnicu nije sinonim za razinu prisile koju iskuse tijekom boravka u bolnici. Primjerice, četvrtina osoba koje se prime svojom voljom u bolnicu percipiraju da su bili prisiljeni na hospitalizaciju, a još pola njih smatra da su na nešto prisiljeni tijekom boravka u bolnici, vjerojatno zbog ovih neformalnih načina prisile (16).

Što se samog psihijatrijskog konteksta tiče, razlikuje se prisila pri primitku u psihijatrijsku bolnicu i prisila tijekom njege u psihijatrijskoj bolnici. Tijekom njege u psihijatrijskoj bolnici, sredstva prisile mogu se podijeliti na prisilne mjere i prisilna liječenja, gdje prisilna liječenja imaju terapijsku svrhu, dok su prisilne mjere usmjerene primarno na kontrolu agitiranog i nasilnog ponašanja.

U psihijatriji, prisila kao oslobađanje od slobode koristi se u posebnim uvjetima kako bi se osigurao pacijentov primitak u bolnicu, kako bi se spriječilo otpuštanje iz bolnice ili kako bi se prisililo pacijenta na početak liječenja. Druge vrste prisile se primjenjuju i tijekom bolničkog liječenja, za samo liječenje (prisilna medikacija) ili kontrolu pacijenta (17). Kontrola pacijentova ponašanja, kako bi se spriječilo slobodno kretanje, odnosi se na izolaciju pacijenta (sekluziju), te manualno ili mehaničko vezanje udova pacijenta (obuzdavanje), kao i ponekad kemijsko obuzdavanje (18).

Sekluzija (odvajanje, izolacija) označava stanje razdvojenosti od društva, kao i mjesto na koje je pacijent izdvojen (11). Izolirati znači odmaknuti osobu na odvojeno mjesto, na koje je teško

doći ili u koje je teško ući, kako bi se spriječila komunikacija s okolinom ili utjecaj iz okoline (11). Kada u ovom radu govorimo o sekluziji, mislimo na izolirane pacijente, same u zaključanoj sobi, iz koje pacijent nema slobodu izlaska.

Obuzdati (sputati) znači ograničiti ili deprivirati osobnu slobodu ili slobodu djelovanja, vezati jako, ograničiti pokrete (dijelom tijela), držati osobu (11). Sputavanje označava djelovanje na nekoga ili nešto, deprivacijom ili ograničenjem slobode ili slobode djelovanja ili pokreta (11). Sputavanje može biti fizičko i definira se kao “imobilizacija pacijenta na podu ili u uspravnom položaju od strane članova osoblja, kako bi se smirio putem specifičnih tehnika držanja”. Druga vrsta sputavanje je mahaničko obuzdavanje, a definira se kao “uporaba uređaja u svrhu prevencije ili ograničenja slobodnog kretanja tijela pacijenta”, no isključuje uporabu “zaštitnih ograda na krevetu koje sprečavaju pacijenta od pada s kreveta” (19). Treća vrsta sputavanja je kemijsko sputavanje, odnosno, sputavanje pacijenta različitim lijekovima “za smirenje”, primjerice, benzodiazepinima ili antipsihoticima.

Prisilna medikacija definira se kao “primjena intramuskularnih lijekova silom ili pod definitivnim psihološkim pritiskom, primjerice, najava primjene lijeka intramuskularno ako se odmah ne uzme oralno” (19). U studiji provedenoj u Nizozemskoj, oko 14,4% pacijenata primalo je lijekove samo prisilno, a 27,2% pacijenata primalo je lijekove prisilno uz istovremnu izolaciju (20).

Pod prisilnim zadržavanjem i prisilnim smještajem podrazumijeva se “osoba koja je primljena u bolnicu protiv svoje volje” (19). Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Republike Hrvatske, u psihijatrijsku ustanovu smješta se osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, a psihijatrijska ustanova obvezna je o smještaju bez pristanka, bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati obavijestiti sud (21).

Agitacija je skup sindroma i tipova ponašanja koji su česti u pacijenata s ozbiljnim psihijatrijskim poremećajima, poput shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja i manične faze bipolarnog poremećaja. Postoji nekoliko razina agitacije, od blage do teške, s brzim fluktuacijama, koje dalje mogu eskalirati u agresivno ponašanje u relativno kratkom vremenskom periodu (22).

Prema Oxfordovom riječniku, agresija se definira kao “osjećaj ljutnje ili antipatije koja rezultira neprijateljskim ili nasilnim ponašanjem, spremnost da se napadne ili suoči.” Nasilje se definira kao “ponašanje koje uključuje fizičku silu s namjerom da se ozlijedi, oštetiti, ili ubije nekoga ili nešto.” U obje definicije postoji namjera da se naudi drugoj osobi (23). Stoga, kao agresiju ćemo ovdje definirati bilo koje ponašanje s namjerom da se naštetiti drugoj osobi fizički ili psihološki, a agresivnog pacijenta kao onoga koji pokazuje bilo koje ponašanje koje plaši, izaziva strah, ponižava ili fizički šteti drugoj osobi.

U ovom radu usredotočit ćemo se na formalne mjere prisile koje se koriste na psihijatrijskim odjelima za agitirane i agresivne pacijente – pri tome su postupci prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja izvan dosega ovoga rada.

1.2. Konkretna formalna metoda provođenja mjera prisile na psihijatrijskim odjelima

1.2.1. *Sputavanje*

Kako smo već spomenuli, postoje tri glavna načina sputavanja (obuzdavanja) pacijenta:

- (I) fizičko sputavanje kao nevoljno ograničenje slobode pokreta pacijenta koje vrši jedan ili više članova osoblja,
- (II) mehaničko sputavanje koje je nevoljno ograničenje pokreta pacijenta nekom vrstom sveza,
- (III) kemijsko sputavanje kao ograničavanje slobode pokreta određenom vrstom lijekova (24).

Pravni presedan za korištenje sputavanja donesen je u Engleskoj 1740-ih godina gdje su zakoni omogućili vlastima pravo na sputavanje nemirnih ljudi (25). Dopuštenje za sputavanje ovih ljudi doneseno je pod pretpostavkom da bi koristili njima i da bi to vodilo do poboljšanja ili prestanka njihova ponašanja. Iako takvo ponašanje sigurno nisu prihvaćali sputavani ljudi, ali pravno opravdanje za takvo djelovanje je postojalo.

Sljedećih dvjesto godina nastojanja su se kretala u smjeru smanjivanja korištenja obuzdavanja, osobito je to težnja bila psihijataru poput Pinela i Conollyja, koji su tražili da se pacijenti tretiraju s više humanosti i obuzdavaju samo u slučaju neposredne fizičke opasnosti. Pinela i Connollyja je zabrinjavala tendencija osoblja da upućuju verbalne prijetnje, zlostavljaju

pacijente i produljuju mehaničko obuzdavanje. Stoga je britanski Parlament 1840-ih godina osnovao komisiju čiji je cilj bilo smanjenje ili ukidanje obuzdavanja pacijenata u psihijatrijskim bolnicama (26).

U Sjedinjenim Američkim Državama imali su pozitivnije poglede na obuzdavanje. Gradili su i posebne kutije u koje su smještali pacijente. Do kraja 20. stoljeća, filmovi poput “Leta preko kukavičjeg gnjezda” donijeli su u javnost debatu oko fizičkog obuzdavanja, što je dovelo i do pravnih presedana opravima pacijenata u svezi sa specifičnim prisilama (26). Ipak, još 1998. prijavljeno je da je tijekom prethodnih 10 godina čak 140 pacijenata u SAD-u preminulo kao rezultat fizičkog i mehaničkog sputavanja. Za novinski izvještaj o tome autor je dobio Pulitzerovu nagradu (*Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report; Hartford Courant*) (27).

Danas su donesene smjernice za uporabu sputavanja, poput onih američkog Centra za medicinske usluge (*Centers for Medicare & Medicinal Services*) uključene u proces akreditacije bolnica u većini zemalja, a smjernice se može sažeti u standard da “svi pacijenti imaju pravo biti slobodni od fizičkog ili mentalnog zlostavljanja i tjelesnog kažnjavanja. Svi pacijenti imaju pravo biti slobodni od sputavanja ili sekluzije, u bilo kojem obliku, a koje se primjenjuju kao mjere prisile, discipline, ugodnosti po osoblje ili osveta osoblja. Sputavanje ili sekluzija mogu se samo koristiti kako bi se osigurala neposredna fizička sigurnost pacijenta, osoblja ili drugih, te se mora prekinuti u najranije moguće vrijeme” (28).

Na istom je tragu *Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama* (2015.) koje je donijelo hrvatsko Ministarstvo zdravlja, gdje se navodi da odluku o primjeni mjera prisile može donijeti samo psihijatar, iznimno medicinska sestra/tehničari u iznenadnim i hitnim situacijama, kada postoji ozbiljna opasnost da pacijent ugrozi osobnu i sigurnost okoline, te pritome moraju odmah obavijestiti psihijatra (29). Klasične indikacije za primjenu mjera sputavanja Pravilnik definira kao:

1. nepredvidivo ili agresivno ponašanje,
2. ponašanje koje je opasno za pacijenta ili druge osobe,
3. samodestruktivno ponašanje,
4. ponašanje s ozbiljnom verbalnom ili fizičkom prijetnjom koje se slabo kontrolira,
5. intoksikacija alkoholom ili lijekovima sa slabom kontrolom ponašanja,
6. manično ponašanje sa slabom kontrolom,

7. slaba ili nepostojeća samokontrola ponašanja nakon primjene lijekova ili boravka u mirnijoj sobi,
8. sprječavanje samoozljeđivanja pacijenata (npr. pad s kreveta, sprječavanje pacijenta da izvuče urinarni kateter i sl.),
9. na zahtjev pacijenta, ako je procjena takva da je ugrožena sigurnost pacijenta i drugih osoba na odjelu te pacijentova okolina.

Pravilnik također definira da se sputavanje može primijeniti kao fizičko sputavanje (magnetni remen, magnetni pojas, kožni remen za zglobove, platnene vezice i zaštitna košulja) te kemijskim putem – brzom trankvilizacijom ili sedacijom.

Standardni postupak primjene mjere sputavanja, prema Pravilniku, provodi najmanje pet medicinskih sestara/medicinskih tehničara u timu, a sam postupak traje 15-20 minuta. Postupak mora biti proveden brzo i bez oklijevanja, kao rutinska i regularna procedura, uz prethodnu procjenu u kojim točkama je potrebno sputavanje (u 4 točke – obje ruke i noge, u 3 točke – obje ruke ili noge i jedna ruka ili noga, u 2 točke – ruka i noga na suprotnoj strani, u 1 točki – najčešće ruka, prsa). Na početni znak voditelja tima svaki član tima preuzima kontrolu pokretanja jednog ekstremiteta, a agresivni pacijent se obuhvaća odostraga kako bi mu se blokirale ruke i istovremeno zglobovi koljena i oba lakta, radi sprječavanja ozljede. Pacijent se spusti na pod, a voditelj tima kontrolira pacijentovu glavu da spriječi ozljeđivanje pacijenta ili zdravstvenih radnika. Nikakav pritisak se ne smije primjenjivati na vrat, prsa ili trbuh. Pacijent se s poda podiže na krevet i postavlja u ležeći položaj na leđima, a najprije se veže zdjelični pojas, zatim ručni zglobovi i nakon toga skočni zglobovi. Vezivanje se provodi uvijek na velikim zglobovima kako bi se mogla primijeniti farmakoterapija i kako bi uvijek bio dostupan intravenski put. Pritom se mora paziti na čvrstoću zategnutosti fizičkih pomagala (ne stegnuti prejako niti prelabavo). Vezivanje se može provesti oblačenjem pacijenta u zaštitnu košulju. Sve vrijednosti i dragocjenosti koje pacijent ima na sebi treba s njega skinuti i pohraniti na sigurno mjesto na odjelu u odjelni sef. Kako se pacijent smiruje tako se smanjuje i broj točaka sputavanja, ako je procjena takva da se može osloboditi samo jedna točka sputavanja. U slučaju da nema mogućnosti smanjenja broja točaka sputavanja, povremeno se oslobađaju jedna po jedna točka sputavanja i to naizmjenično svakih sat vremena, kada se obvezno masiraju ili razgibavaju radi održavanja cirkulacije i sprječavanja oštećenja ekstremiteta. Pacijentu koji je sputan u pravilu se omogućava razgibavanje svaka dva sata po 15 minuta i obavljanje ostalih potreba pod nadzorom zdravstvenih radnika. Uvijek kada je to moguće, pacijenta koji je sputan

treba smjestiti samog u sobu te osigurati stalni video nadzor i promatranje zdravstvenih radnika. Pacijentu koji je sputan mora se osigurati dovoljan unos tekućine te pratiti njegov puls, tlak i temperatura, stanje kože, mokrenje, stolica, druge vitalne funkcije i eventualnu bol, u pravilu svakih 15 minuta prva 2 sata, a nadalje ovisno o okolnostima i uputi doktora medicine. Prilikom hranjenja potrebno je osloboditi pacijentu jednu ruku ili olabaviti fizičko pomagalo ako za to postoji mogućnost, a ako to nije moguće, pacijenta je potrebno hraniti. Ako je stanje pacijenta takvo da se ne mogu svakih 15 minuta u prva 2 sata izmjeriti vitalne funkcije, obavezno ih treba izmjeriti nakon 30 do najviše 60 minuta od početka sputavanja.

Primjena mjera prisile za svakog pacijenta obvezno se evidentira u medicinskoj i sestrinskoj dokumentaciji, koja se mora voditi precizno uredno i stručno. Moraju se zabilježiti razlozi primjene mjere prisile, zdravstveni radnik koji je odredio mjeru prisile, zdravstveni radnici koji su sudjelovali u primjeni mjere prisile i odgovorna osoba za njeno određivanje. Medicinska sestra/tehničar koji nadzire pacijenta svakih je 15 minuta obavezan unositi bilješke u sestrinsku dokumentaciju (29).

1.2.2. Odvajanje

Sekluzija (izolacija, odvajanje) ima dugačku povijest, s porijeklom u vremenima nehumanog tretiranja pacijenata s psihijatrijskim poremećajima u 18. stoljeću. Tada su pacijenti često zaključavani u neadekvatne i prljave sobe s malo svjetla i/ili držani u lancima.

Danas se za izolaciju najčešće koriste sobe koje pacijent ne može napustiti i u kojima ga se može kontinuirano nadzirati. Sama soba često je “nisko stimulativna”, spartanski opremljena, s malo (ili nikakvim) predmetima unutra koji se mogu koristiti na opasan način. Soba često može biti obložena mekanim materijalom koji onemogućava samoozljeđivanje o ravne plohe. Sekluzija se ne smatra liječenjem samo po sebi, nego kao oblik zadržavanja kako bi se smanjila šansa da pacijent naudi sebi ili drugima.

Statistički gledano, izolaciji su najčešće podložni pacijenti u dobnoj skupini 28-38 godina, a najčešći entitet je shizofrenija, nakon kojega slijede bipolarni afektivni poremećaj i poremećaji ličnosti. Zloraba supstanci kao komorbiditet također je česta (30).

AAEP (Američka asocijacija za hitnu psihijatriju) pokrenula je projekt BETA (Najbolje prakse u evaluaciji i liječenju agitacije) kojim su preporučili algoritam dizajniran za pomoć kliničarima da odluče kada je izolacija ili sputavanje najprikladnija opcija. Autori zaključuju da nije uvijek moguće eliminirati uporabu ovih metoda, ali mogu se upotrijebiti strategije da se smanji njihova učestalost. Preporučuju da, kada je potrebno sputavanje ili izolacija, treba odabrati manje restriktivnu intervenciju. Osim ako pacijent nije aktivno nasilan, treba prvo probati aktivno verbalno smirivanje situacije. Treba prvo pokušati ponuditi lijekove i pokušati uključiti pacijenta u odluke o lijekovima. Ako pacijent predstavlja neposrednu opasnost za druge, valja upotrijebiti sputavanje. Ako pacijent nije prijatelja drugima, valja razmotriti izolaciju. Međutim, ako pacijent predstavlja opasnost sebi dok je u izolaciji, sputavanje je prikladno. Ako sputani pacijent pokazuje volju uključiti se u razuman dijalog, nastojanja za verbalnom deeskalacijom situacije valja nastaviti, uključujući pokušaj farmakoterapije. U svakom slučaju, farmakoterapiju valja upotrijebiti na mirnom pacijentu koji je sputan. Ako sputavanje nije indicirano i pacijent je voljan sjediti u tihoj, nezaključanoj sobi, onda valja upotrijebiti nezaključanu sobu za izolaciju. Ako ne, indicirana je prisilna sekluzija. Sve pacijente treba nadzirati i pratiti odgovore na lijekove. Liječenje valja biti usmjereno na smanjenje vremena provedenog u izolaciji (31).

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Ministarstva zdravlja, odvajanje ili izolacija je privremena terapijska mjera prisile koja se primjenjuje u stanjima ekstremne eskalacije pacijentove agresivnosti (29). Odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju pacijentova ponašanja. Soba za odvajanje je posebna prostorija na odjelu namijenjena samo za mjeru odvajanja pacijenta i ima videonadzor. Za razliku od američkih smjernica, na pacijenta smještenog u sobu za odvajanje ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja. Pacijenti koji su suicidalni, intoksicirani, sa srčanim ili respiratornim smetnjama, koji imaju konvulzije ili drugu organsku bolest, ne smiju se odvajati. Prije odvajanja pacijenta treba pregledati i obavezno evidentirati sve njegove povrede, ako postoje.

Prije odvajanja pacijenta se presvlači u pidžamu i čarape, a sve njegove osobne stvari čuvaju se na određenom mjestu. Potrebno je odmah popisati sve vrijednosti i dragocjenosti uzete od pacijenta. Nakon smještaja u sobu za odvajanje, vrata sobe moraju biti zaključana. Medicinska setra/medicinski tehničar obvezno promatra pacijenta svakih 15 minuta kroz prozor zaključanih vrata ili pomoću videonadzora, a položaj monitora mora biti takav da samo zdravstveni radnik

vidi pacijenta. Ako je pacijent vidno uznemiren ili agresivan potreban je stalni nadzor jedne medicinske sestre/medicinskog tehničara. Pacijentu koji je u sobi za odvajanje daje se pauza u trajanju od 15 minuta svakih 1 do 2 sata da se razgiba pod nadzorom zdravstvenih radnika, a prije i poslije pauze radi se procjena stanja pacijenta da bi se moglo utvrditi da li postupak odvajanja treba nastaviti. U sobi za odvajanje obroci se serviraju u plastičnom posuđu, a pacijentu se mora osigurati dovoljna količina tekućine. Ako to zdravstveno stanje pacijenta dopušta, doktor medicine može dogovoriti s pacijentom i medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima da se pacijentu omogući uzimanje obroka s drugim pacijentima. Uvijek je potrebna prisutnost barem dvije medicinske sestre/dva medicinska tehničara kada se pacijenta odvodi u sobu za odvajanje ili ga se pušta na pauzu ili obroke iz sobe za odvajanje (29).

Unatoč činjenici da izolacija ostaje raširena klinička praksa internacionalno, njena uporaba je kontroverzna, a opisuje se kao socijalna kontrola, te se percipira kao manipulativna i kaznom pacijenata (30). Američka NASMHPD (Nacionalna asocijacija voditelja državnih programa mentalnog zdravlja) u dokumentu o sputavanju i sekluziji kaže sljedeće: “Svaka epizoda obuzdavanja ili sekluzije štetna je za osobu i ponižavajuća za članove osoblja koji razumiju odgovornosti svog posla. Priroda ovih praksi je takva da svaka uporaba ovih intervencija ostavlja ustanovu i osoblje izloženima značajnim pravnim i finansijskim odgovornostima. Averzija javnosti prema obuzdavanju i sekluziji se povećava i pravni standardi se mijenjaju, skupa s rastom dokaza za tezu da je uporaba ovih intervencija opasna, arbitrarna i da se može izbjeći. Učinkovito upravljanje rizikom zahtijeva proaktivnu strategiju usredotočenu na smanjenje učestalosti ovih intervencija kako bi se izbjegle tragedije, kontroverza u medijima i pravne posljedice” (32).

1.3. Vremenski okviri primjene mjera sputavanja i izolacije

Uporaba prisilnih mjera sputavanja i izolacije mora biti usmjerena na minimizaciju vremena provedenog pod tim mjerama (31). Osim već spomenutog fizičkog rizika i smrti zbog sputavanja, pacijentima prijeti i značajan psihološki stres, pri čemu osjećaju ljutnju, napuštanje, depresiju, indisponiranost i ponovno proživljavaju prethodne traume. I osoblje koje sudjeluje u sputavanju i izolaciji osjeća strah, stres, ambivalenciju, krivnju i razočaranje što situacije nisu riješene na benigniji način (33).

Uz fizikalne i psihološke rizike, postoji i značajno financijsko opterećenje vezano uz mjere prisile. Primjerice, u Ujedinjenom Kraljevstvu izračunali su da ih godišnje mjere prisile koštaju čak 106 milijuna funti. Dalje, uporaba mjera prisile oštećuje iskustvo korisnika u bolnicama te narušava odnos između pružatelja njege i pacijenta (33).

1978. godine Komisija za ljudska prava UN-a donijela je rezoluciju za zaštitu osoba zadržanih zbog mentalnih bolesti. UN-ova rezolucija za zaštitu osoba s mentalnim bolestima i za poboljšanje mentalnog zdravlja promovirana je 1991. godine. Obje rezolucije nisu pravno obvezujuće, ali su moralno obvezujuće, i navodi se kako “fizičko sputavanje ili nevoljna izolacija pacijenta se neće upotrebljavati osim u skladu sa službeno prihvaćenim procedurama institucije za mentalno zdravlje i samo kada je to jedino dostupno sredstvo za prevenciju neposredne ili neizbježne opasnosti za pacijenta ili druge. Neće biti prolongirano iza vremena koje je strogo nužno za ovu svrhu. Svi slučajevi fizičkog sputavanja ili nevoljne sekluzije, razlozi za njih, njihova priroda i trajanje bit će zabilježeni u medicinskoj dokumentaciji pacijenta. Pacijent koji je sputan ili izoliran držat će se u humanim uvjetima i pod brigom i bliskim redovnim nadzorom kvalificiranih članova osoblja. Osobni predstavnik, ako postoji i ako je relevantan, obavijestiti će se o fizičkom sputavanju ili nevoljnoj izolaciji pacijenta.”

Za razliku od drugih medicinskih postupaka, univerzalne smjernice za vremenske okvire primjena mjera sputavanja i izolacije nisu utvrđene znanstvenim metodama, i ovise o pojedinim nacionalnim smjernicama. Jedino univerzalno pravilo jest već spomenuto, da vrijeme provedeno pod mjerama mora biti minimalno moguće. Tako primjerice Irska dopušta izolaciju do 8 h, s mogućnošću da liječnik specijalist produlji trajanje izolacije do 72 h (34).

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Ministarstva zdravlja RH, maksimalno vrijeme na koje se može odrediti sputavanje je 4 sata. Nakon 4 sata psihijatar ponovno procjenjuje potrebu za daljnjim sputavanjem. Ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti dulje od 24 sata. Nakon isteka 24 sata psihijatar je obavezan izvršiti obilazak pacijenta i ponovno procijeniti psihofizičko stanje pacijenta (29).

Za izolaciju, točan vremenski okvir zadržavanja nije određen pravilnikom, navodi se samo da pacijent treba biti pušten iz sobe za odvajanje što prije, a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi psihijatar (29).

2. Bioetičko evauluiranje prava pacijenata i mjere prisile u psihijatrijskom kliničkom kontekstu

U ovoj cjelini usredotočit ćemo se na prava pacijenata definirana zakonima Republike Hrvatske i pravilnicima nadležnih institucija. Svi pacijenti trebali bi imati jednaka prava. No mi ćemo poseban naglasak staviti na posebne zakone (*lex specialis*), koje se donose zbog delikatnog položaja psihijatrijskih bolesnika, a donose određene izuzetke od primjene općih zakona i daju dodatni pravni okvir kojim se štiti pacijent promijenjene kvalitete stanja svijesti, ali i njegova okolina.

2.1. Poštivanje pacijenta i uvažavanje njegova dostojanstva

Poštivanje dostojanstva osobe definirano je u Deklaraciji ljudskih prava (Ujedinjeni Narodi, 1948.), gdje se navodi da je osnova slobode, pravde i mira utemeljena na prepoznavanju dostojanstva i jednakosti ljudskih bića (35). To posebno dolazi do izražaja i u primjeni mjera prisile gdje je moguće, samo uvažavajući uvažene attribute koji se daju riječi dostojanstvo u stručnoj literaturi, postići najveće poboljšanje u uvažavanju prava pacijenata.

Riječ dostojanstvo ima četiri atributa, uključujući poštivanje, autonomiju, davanje moći osobi, i komunikaciju. Nadalje, svaki od ovih atributa ima nekoliko dimenzija: poštivanje uključuje samopoštovanje, poštovanje prema drugima, poštovanje prema privatnosti, povjerljivost i vjeru u sebe i druge; autonomija uključuje postojanje izbora, davanje izbora, donošenje odluka, mogućnost donošenja odluka, kompetenciju, prava, potrebe i neovisnost; davanje moći osobi uključuje osjećaj važnosti i vrijednosti, samopouzdanje, vrijednost, skromnost i ponos. Komunikacija može biti verbalna ili neverbalna i također uključuje objašnjavanje i razumijevanje informacija, osjećaj ugodnosti i davanje vremena pacijentu (36). Dostojanstvo je osnova dobrobiti svake osobe u svim društvima. Osnovno je ljudsko pravo za sve, a zdravstvene organizacije trebale bi obraćati posebnu pozornost na ovu univerzalnu potrebu. Prema međunarodnom kodeksu etike za medicinske sestre (ICN), poštivanje života i držanje do dostojanstva nije samo neodvojivi dio sestrinske profesije, nego također nije odjeljiv od dobi, boje kože, uvjerenja, kulture, spola, nacionalnosti, rase, socijalnog statusa ili zdravstvenog statusa osobe (37).

Svi atributi koji su spomenuti ne implementiraju se samo u Međunarodnom kodeksu etike za medicinske sestre, nego ih u različitim oblicima sadrže i mnogi zakonski dokumenti koji se odnose na prava bolesnika u Hrvatskoj:

- Zakon o zaštiti prava pacijenta (NN br.169/2004)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN br.150/2008)
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN br.76/2014)
- Zakon o zaštiti tajnosti podataka (NN br.79/2007)
- Zakon o sestrinstvu (NN br.121/2003)
- Kodeks medicinske etike i deontologije (NN br. 55/2008.)
- Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda (Međunarodni ugovori, NN br.10/2005.)
- Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine (Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava, NN br. 18/1997)
- Dodatni protokol uz Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini, o transplantaciji organa i tkiva ljudskog porijekla (Narodne novine br.13/03)
- Deklaracija o bioetici i ljudskim pravima (UNESCO) (38)
- Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi (WHO, 1994.) (39).

Termin “poštivanje” pacijenta najčešće se u medicinskoj etici poistovjećuje s autonomijom pacijenta. No u jednoj provedenoj studiji, pacijenti su pod terminom poštivanje iznosili ne samo poštivanje autonomije, nego i brigu za vlastite potrebe, empatiju, brigu, prepoznavanje individualnosti, davanje dovoljno informacija i dostojanstvo, što je na tragu multidimenzionalnosti koje smo ranije pripisali dostojanstvu (40).

Poštivanje i dostojanstvo osobito su osjetljive teme pri uporabi sputavanja i izolacije. Iako smo utvrdili da moraju biti zadnja opcija i da su ponekad nužne za zaštitu pacijenta i sigurnost osoblja, također se prepoznaje da su traumatične za pacijenta, ne moraju uopće biti terapijske, mogu otežati oporavak i zadiru u dostojanstvo osobe (41). Nužnost ne možemo izbjeći, ali najveći korak prema zaštiti dostojanstva pacijenta u ovom slučaju bi bila implementacija prevencije i ranih intervencijskih alternativa s ciljem smanjenja ili eliminacije uporabe prakse sputavanja i sekluzije, prakse na koje ćemo se osvrnuti kasnije u radu. Dok ne dosegne tu točku, moramo se usredotočiti na očuvanje dostojanstva putem izbjegavanja moguće povrede

prava pacijenata prema dostupnim i za sada dobro definiranim kategorijama prava pacijenata, koje ćemo predstaviti u sljedećim odlomcima.

2.2. Prava pacijenata i ograničenje prava pacijenata u psihijatrijskom kliničkom kontekstu

U ovoj cjelini opisat ćemo eksplicitno spomenuta prava pacijenata u zakonima Republike Hrvatske, proširenje tih prava *lex specialis*om, ali i ograničenje tih prava u posebnim situacijama.

2.2.1. Pravo na suodlučivanje i pravo na obavještenost i nemogućnost uvažavanja autonomije i suodlučivanja

Osim brojnim propisima kojima se uređuje zdravstvena djelatnost te brojnim međunarodnim konvencijama i deklaracijama iz područja zdravstva, i Zakonom o zaštiti prava pacijenata (ZZPP) pacijentu se jamči pravo na suodlučivanje koje obuhvaća pravo pacijenta na obavještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Pravo na suodlučivanje i pravo na obavještenost dio su procesa davanja moći pacijentu, odnosno, dio poštivanja njegovog dostojanstva, a koncept se sastoji od stvaranja okružja u kojemu se pacijent može ponašati kao odgovorna odrasla osoba, i gdje se odluke donose u fazi gdje je znanje pacijenta najveće (42).

Dakle, obavještenje pacijenta o njegovu stanju i njegova sposobnost razumijevanja temelj su za donošenje njegove odluke o (ne)pristajanju na medicinski tretman. Koncept informirane privole (*informed consent*), na koji ćemo se dodatno osvrnuti i u podnaslovu o pravu na prihvaćanje ili odbijanje medicinskog zahvata, vrlo je jednostavan i svodi se na to da liječnik ne može liječiti pacijenta dok ga točno ne informira i daje mu pouku o svim pitanjima koja se tiču njegova zdravlja i tretmana koji predlaže, kao i alternativnih tretmana, te dok pacijent ne odluči koji tretman želi da se na njega primijeni, odnosno želi li uopće primjenu bilo kakvog tretmana. Informiranost o stanju, svijest o stanju i suodlučivanje stoga su neodvojivi koncepti. Psihijatrijske pacijente s promijenjenom kvalitetom stanja svijesti nismo u mogućnosti obavijestiti o njihovom stanju niti oni to stanje mogu razumjeti (43).

Stoga se iznimno, pacijentovo pravo na suodlučivanje može ograničiti kada je to opravdano njegovim zdravstvenim stanjem u slučajevima i na način posebno određenim ZZPP-om. Članak 17 ZZPP-a tako posebne situacije predviđa za pacijente koji nisu pri svijesti, za pacijente s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog maloljetnog pacijenta, gdje je potrebno dobiti privolu skrbnika, a ako je situacija hitna i ne može se dobiti suglasnost skrbnika, intervencija se može poduzeti samo ako je neposredno ugrožen život pacijenta (43,44). Primjerice, u slučaju osobe promijenjene kvalitete svijesti, sa suicidalnim tendencijama, hitnost situacije iziskiva oduzimanje autonomije, a proces donošenja odluke nadležni liječnik može pacijentu objasniti kasnije i uključiti ga u daljnje suodlučivanje, kada se stanje svijesti poboljša.

I medicinska sestra poštuje odbijanje pacijenta za pojedine zahvate koje sestra mora obaviti kako bi izvršila svoje profesionalne obveze prema najvišim standardima, kao i dužnost prema skrbi za bolesnika. Često se događa da pacijent nerado prihvaća postupke zdravstvene njege, ali dobijanjem prave informacije tu njegu ipak prihvati. Primjenice, često se nerado prihvaća njegu usne šupljine ili primjena kisika. Nužna suradnja između osoblja i pacijenta nedostaje. Medicinska sestra ne želi provoditi postupak dok se pacijent s time ne složi. Svoje profesionalne dužnosti moramo tada obaviti na teži način, s više uloženog napora i vremena kroz uvjeravanje i stjecanje povjerenja. Intervencijom i pružanjem podrške određene situacije se mogu izbjeći. Takvi napori, kako od nas profesionalni standardi i zahtijevaju, vode do izbjegavanja primjene mjera prisile, na što ćemo se osvrnuti malo kasnije u ovom radu.

Educirane sestre potiču pacijenta na ostvarivanje socijalnog kontakta korištenjem kvalitetnih komunikacijskih vještina. One se stječu kontinuirano kroz profesionalni život, i iskustvom i dodatnom edukacijom. Ponekad nas nužnost tjera na grublju uporabu položaja. Pokušavanje uvjeravanja u drugačije od onoga što pacijent želi zaobilazi njegova prava, i ulazi u kategoriju indirektnih mjera prisile. Pacijentu koji nam “dosađuje” prijetimo fiksacijom, koristimo snagu kako bi učinili ono što želimo. Također pacijenta prisiljavamo da bude u svojoj sobi s otvorenim vratima, a nije mu dopušteno izaći. Dok ga hranimo držimo mu ruku jer nas gura. Ili dok mu na silu pokušavamo dati ordiniranu terapiju. Takve situacije srećom su rezervirane za slučajeve kada tehnike uvjeravanja, komunikacijske vještine i svi ostali oblici napora uloženi u pokušaj suradnje ne daju rezultate, a profesionalni standardi zahtijevaju da se određena radnja izvrši.

2.2.2. Pravo na prihvaćanje/odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata i ograničenje prava na prihvaćanje/odbijanje medicinskog postupka ili zahvata

Kako bi osoba mogla pristati na određeni medicinski zahvat ili ga mogla odbiti, osoba mora biti dobro obaviještena o svom stanju, tu obavijest razumjeti i imati sposobnost odlučivanja (43).

Glavna svrha informirane privole s etičkog aspekta je potvrda autonomije pacijenta te time promoviranje njegovog prava na samoodređenje i osiguranje poštovanja pacijenta kao ljudskog bića. Temelji se na zaštiti tjelesnog integriteta svakog pojedinca i slobodnom izražavanju volje o tome da li će se podvrgći liječenju ili ne (43).

Na taj se način poštuje autonomija pacijenta, ali autonomija ne može biti neograničena ako se time ne poštuju prava i slobode drugih osoba, kao primjerice u slučaju agresivnog pacijenta promijenjenog stanja svijesti koji nekome prijeti. Načelo jednakosti u poštivanju ljudskih prava jednako je vrijedno kao i načelo autonomije.

Institut informiranog pristanka dobio je svoje posebno i istaknuto mjesto u Zakonu o zaštiti prava pacijenata (ZZPP). Članak 6. tog Zakona glasi: "Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno, terapijskog postupka." Ostali članci reguliraju sadržaj prava na obavijest te sadržaj prava na pristanak/odbijanje kao i zaštitu pacijenta koji nije sposoban dati pristanak, kako je već opisano u podnaslovu o pravu na suodlučivanje (44).

Osim navedenim zakonima, institut informiranog pristanka u kliničkoj praksi je dodatno reguliran i posebnim pravilnikom. Tako je Pravilnikom o obrascu suglasnosti i obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno, terapijskog postupka propisano da pacijent mora dati pisanu suglasnost na intervenciju na obrascu suglasnosti koji je dan kao sastavni dio Pravilnika. Osim toga, istim je Pravilnikom propisano da se, uz obrazac suglasnosti, obavijest o preporučenom postupku pacijentu daje u pisanom obliku. Sadržaj obavijesti utvrđuje nositelj zdravstvene ustanove uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatske liječničke komore i suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (45).

Kako je pravo na autonomiju neodvojivo od prava na suodlučivanje i prava na prihvatanje/odbijanje medicinskog postupka ili zahvata, ista se pravila ovdje primjenjuju kako su objašnjena u podnaslovu 2.2.1.

Primjer za ovakvu situaciju opet je istovjetan primjeru u podnaslovu 2.2.1. Pacijentu koji otežano diše, a hipoksija mu dodatno pogoršava stanje svijesti, liječnik ordinira terapiju kisikom i naša je dužnost provesti tu terapiju. Pacijent u agitiranu stanju terapiju uporno odbija. Medicinska sestra ga uvjerava u suprotno. Razvija se napetost. U rješavanju je potrebno postići “sporazum”, najprije davanjem informacija. Moralna dužnost svake medicinske sestre je da napravi za pacijenta sve što mu je i propisano, bez obzira primjenjuju li se na njemu u tom trenutku mjere prisile. U sukusu, pacijent pristaje na postupak jer nema alternative, indirektni pritisak je dao rezultat. Time su njegova prava ograničena (46).

2.2.3. Pravo na povjerljivost i povreda prava na povjerljivost kod pacijenta promijenjene kvalitete svijesti

Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka. ZZTP (Zakon o zaštiti tajnosti podataka) određuje da profesionalnu tajnu predstavljaju podaci o osobnom ili obiteljskom životu koje saznaju svećenici, odvjetnici, zdravstveni i socijalni djelatnici i druge službene osobe u obavljanju svog poziva (47).

Kazneni zakon (KZ) propisuje da je profesionalna tajna podatak o osobnom ili obiteljskom životu stranaka koji saznaju odvjetnici, branitelji, javni bilježnici, doktori medicine, doktori stomatologije, primalje ili drugi zdravstveni djelatnici, psiholozi, djelatnici skrbništva, vjerski ispovjednici i druge osobe u obavljanju svoga zvanja. Svatko je dužan čuvati profesionalnu tajnu, bez obzira na način saznanja tajnih podataka ili pribavljanja odnosno stjecanja mogućnosti uvida u tajne podatke, a nedvojbeno je da se radi o tajni. Tajna ne mora potjecati isključivo od osobe na koju se podaci i činjenice odnose, već može biti saznata i na neki drugi način, a da bi se neki povjerljivi podatak ili činjenica mogao smatrati saznatim u obavljanju poziva, mora postojati uzročna veza između saznanja te činjenice i samog obavljanja poziva (48).

Prema odredbama ZOS-a (Zakon o sestrinstvu), medicinska sestra je kao profesionalnu tajnu dužna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta (49,50). I prema odredbi Etičkog kodeksa hrvatske udruge medicinskih sestara, sestra mora čuvati sve podatke o čovjeku koje je dobila tijekom provođenja zdravstvene njege i zaštite (50). Tajnom se smatra sve što je sestri povjereno osobno. Čuvanje profesionalne tajne je za sestru moralna dužnost i zakonska obveza.

U ZZODS-u postoji posebni propis kojim se regulira tajnost podataka i medicinske dokumentacije osoba s duševnim smetnjama. On je opravdan kada se ima u vidu važnost koju poštovanje liječničke tajne ima za tu kategoriju pacijenata. Naime, veliki broj ljudi svoj odnos prema oboljelima od duševne bolesti još uvijek temelji na predrasudama o njihovoj opasnosti uslijed čega ih se izbjegava, izolira i nastoji zadržati na marginama društva. Upravo zbog takvog stava okoline naglašena je važnost poštivanja i zaštite privatne sfere osoba s duševnim smetnjama, što je imao u vidu i hrvatski zakonodavac pa je prilikom izrade novog ZZODS-a obvezu čuvanja liječničke tajne te iznimke od te obveze detaljno regulirao. Osim temeljne odredbe koja djelatnike obvezuje da sve podatke o pacijentu čuvaju kao tajnu, ZZODS pruža dodatnu zaštitu osobama s duševnim smetnjama propisujući u svojim odredbama zabranu psihijatrima i drugom zdravstvenom osoblju da javno komentiraju njihovo zdravstveno stanje (21,51).

Podaci o zdravstvenom stanju pacijenta nesumnjivo spadaju u osobne podatke, ne smiju se, u pravilu, otkrivati trećim osobama, a pravila o njihovoj zaštiti moraju poštivati svi subjekti. Treba ipak kazati da neke od trećih osoba iznimno imaju pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju pacijenta i bez njegove suglasnosti. Tako je, primjerice, liječnik dužan medicinsku dokumentaciju na zahtjev predložiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti (48).

Prema članku 18 ZZODS-a, liječnička dokumentacija o liječenju osobe s duševnim smetnjama dostupna je isključivo sudu za potrebe postupka koji je u tijeku i sadržava samo one podatke koji su prijeko potrebni za ostvarenje svrhe zbog koje se zahtijeva njezina dostava. Već smo spomenuli da su pacijenti s mentalnim bolestima često involvirani u kaznenopravne postupke, stoga ZZODS dodatno navodi da se izjave osobe s duševnim smetnjama sadržane u liječničkoj dokumentaciji koje se odnose na počinjenje nekoga kaznenog djela, ne mogu koristiti kao dokaz u sudskom postupku (48).

Podaci iz liječničke dokumentacije, koji su potrebni za ostvarenje zdravstvene, socijalne, obiteljskopravne ili mirovinske zaštite mogu se dati za službene svrhe na zahtjev tijela nadležnih za tu zaštitu samo uz suglasnost osoba s duševnim smetnjama. Ako one nisu sposobne dati suglasnost onda samo ako se osnovano vjeruje da se osoba s duševnim smetnjama ne bi protivila davanju navedenih podataka.

Dakle, za službene svrhe na zahtjev tijela nadležnih za tu zaštitu mogu se dati samo podaci iz liječničke dokumentacije koji su potrebni za ostvarenje zdravstvene, socijalne, obiteljskopravne ili mirovinske zaštite, a ne i cijela medicinska dokumentacija (48). Iznimka je, primjerice, forenzička psihijatrija gdje se dodiruju medicina i pravo, a gdje forenzički psihijatri vještaci imaju zadatak prezentirati sudu i medicinska i psihološka obilježja vještačene osobe kako bi ih sud mogao pravilno okvalificirati s obzirom na utjecaj biopsiholoških stanja na sposobnost odlučivanja i rasuđivanja. Pravni okvir za ovakvo postupanje nalazi se uz ustavne odredbe i u Kaznenom zakonu i Zakonu o kaznenom postupku, stoga tu temu nećemo dalje obrađivati.

Jedan od češćih oblika kršenja prava pacijenata vrše mediji objavom imena i prezimena osoba koja su počinila kazneno djelo u stanju smanjene ubrojivosti. Često predstavnici medija kontaktiraju osoblje u bolnici u pokušavajući doznati dodatne informacije. Za osoblje je bitno vješto zaobići odgovor i ne prihvaćati provokacije, i radi zaštite prava pacijenata, ali i radi zaštite ugleda institucije.

2.2.4. Pravo na privatnost i umanjenost prava na privatnost nužnošću kontrole

Prema Aniti Allen, stručnjakinji u području bioetike i zakona o zaštiti privatnosti, privatnost se može podijeliti na 3 različita tipa:

1. fizičku privatnost,
2. privatnost na donošenje odluka,
3. privatnost informacija (52).

Donošenje odluka i privatnost informacija stoga su obuhvaćeni u podnaslovu o pravu na povjerljivost i pravu na suodlučivanje. Pravo na privatnost spominje se uz termin povjerljivost u već navedenim zakonima.

Fizička privatnost je definirana kao sloboda od kontakta drugih osoba te pravo na skrivanje tijela ili dijelova tijela. Prilikom pregleda, pružanja skrbi ili liječenja, pacijent mora odobriti medicinskom djelatniku pristup svojem tijelu. Tijekom tih postupaka pacijenti su izloženi povredi privatnosti te očekuju zaštitu od nepotrebnog ili neugodnog tjelesnog kontakta ili izloženosti, očekuju da se, u najvećoj mogućoj mjeri, poštuje njihovo pravo na fizičku privatnost (52).

U Europskoj deklaraciji o unaprjeđenju prava pacijenata koju je u Amsterdamu 1994. godine donijela Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) navodi se:

- Medicinska intervencija se smije pružiti pacijentu samo ako se poštuje njegovo pravo na privatnost. To znači da tijekom medicinske intervencije mogu biti nazočne samo osobe koje obavljaju medicinsku intervenciju osim ako pacijent ne pristane ili ne zatraži drugačije.
- Pacijenti koji su primljeni u zdravstvene ustanove imaju pravo očekivati uvjete koji im osiguravaju privatnost, naročito tijekom pregleda, liječenja i pružanja osobne njege (39).

Pravo na fizičku privatnost posebna je moralna obveza medicinskih sestara, pošto sestre najviše utječu na to kako se pacijenta prezentira ostalom osoblju, posjetiteljima i drugim osobama koje ga imaju pravo vidjeti. Primjerice, ako postoji potreba da pacijent bude izložen pogledima više osoba (pripravnik, liječnik stažist), svakako ga treba tražiti dopuštenje, a dobra medicinska sestra upozorit će na to.

Medicinska osoblje odgovorno je za sigurnost pacijenta u svojoj skrbi. Kako smo više puta navodili u ovom radu, pacijenti promijenjenog stanja svijesti mogu biti prijetnja i sebi i drugima, te u takvom stanju važniji je njihov nadzor nego pravo na privatnost. Stoga je moguće pacijente, recimo, u odjelima intenzivne njege, nadzirati kamerama, ili vrata mogu biti u potpunosti prozirna, kako smo imali priliku vidjeti na jednom odjelu intenzivne njege u psihijatrijskoj bolnici Vrapče.

Kao drugi primjer možemo navesti prijem pacijenta u bolnicu u pratnji djelatnika Ministarstva unutrašnjih poslova, gdje pacijenti nemaju zaštićenu privatnost, ponajviše fizičku, jer u bolesničkoj sobi osim njih ima i drugih bolesnika. To je jedan od primjera gdje je izbjegavanje narušavanja privatnosti moguće većim ulaganjima u sustav – soba za svakog pacijenta. Također

pacijenti pokazuju nelagodu zbog otkrivanja svojih djelova tijela pred policijom koja nije dio zdravstvenog tima.

I studenti obavljaju svoje vježbe na psihijatriji. Upitna je njihova zrelost da se suoče s agresijom, paranojom, fiksiranim bolesnicima i neizbježnom nelagodom sa suočavanjem s osobama smanjene ubrojivosti. U današnje vrijeme napredne tehnologije mobiteli se koriste gdje god i kad god. To osoblju otežava kontrolu izlaza podataka iz ustanove, bilo da se radi o osobnim informacijama ili fotografijama i zahtjeva poseban oprez.

2.2.5. Pravo na održavanje osobnih kontakata

Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, tijekom boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi pacijent ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove te pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama (53).

U ZZODS-u, kao *lex specialisu*, ne spominje se nikakvo ograničenje prava na održavanje osobnih kontakata u hospitaliziranih osoba s duševnim smetnjama, stoga za ovu skupinu pacijenata ne bi trebalo postojati posebno postupanje.

No, prema osobnom nahođenju, u trenucima kada pacijent nije u stanju suvislo razgovarati i kada je fiksiran, ograničenje održavanja osobnih kontakata možda je moralno ispravnije, bez obzira na to što nije pravno ispravno. Posjetitelji na upit pacijenta ne dobivaju adekvatan odgovor. Posjećivanje se ne može zabraniti, ali se emocionalna šteta koja bi nastala kod posjetitelja može ublažiti prethodnim opreznim objašnjavanjem situacije.

Posebna je situacija gdje se pacijentu koji je fiksiran ne dopušta korištenje mobitela. S obzirom da su mobiteli široko rasprostranjeni tek u novije vrijeme, zakoni i pravilnici ne predviđaju ovakve situacije te je procjena o mogućnosti korištenja mobilnog uređaja prepuštena osoblju. Prema iskustvu, pacijenti hospitalizirani na odjelima psihijatrije znaju uzmemiravati poznate ili manje poznate ljude. Znaju im i prijetiti čime izazivaju nelagodu i strah od sugovornika, što je svakako dovoljno opravdanje za zabranu korištenja mobitela fiksiranim osobama.

2.2.6. Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove i ograničenje prava na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove

Kada pacijent želi samovoljno napustiti bolnicu, mora potpisati pisanu izjavu o svojoj namjeri. Pisana izjava prilaže se uz medicinsku dokumentaciju pacijenta. Ako pacijent samovoljno napusti bolnicu bez potpisane izjave ili usmene izjave dane pred dva svjedoka, dužnost je medicinske sestre da obavijesti članove uže obitelji pacijenta ili njegova skrbnika, a ako je potrebno, i policiju ili centar za socijalnu skrb. Podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave, nadležni zdravstveni radnik obavezan je upisati u medicinsku dokumentaciju pacijenta (53).

Pacijent nema pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove kada može ugroziti vlastiti život i zdravlje ili život i zdravlje drugih ljudi, što je također regulirano *lex specialis*om (53). Primjerice, ako pacijent s psihozom vjeruje da će njegove životne probleme riješiti ubojstvo predsjednika države koji je naredio tajnoj službi da ga prati i sluša preko televizora, nećete ga pustiti da samovoljno napusti zdravstvenu ustanovu. Ovo je toliko izravno i samoobjašnjivo da potencijalne situacije nećemo dalje prezentirati.

Ljepši način kako se može razriješiti situacija pokušaja samovoljnog odlaska u stanju psihoze ipak postoji, i smanjuje uporabu mjera prisile. Poželjno bi bilo saznati što se dogodilo u pacijentu da zahtjeva otpust ili samovoljno napuštanje. Takav pristup daje nam mogućnost uporabe verbalne deeskalacije (na što ćemo se osvrnuti kasnije) ili drugih indirektnih metoda koje će razriješiti situaciju bez uporabe fizičkog sputavanja.

2.2.7. Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji

Zdravstvene ustanove i drugi organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti vode razne evidencije koje služe kao izvor podataka za statistička istraživanja u području zdravstva, a koriste se za praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva, programiranje i planiranje zdravstvene zaštite, odnosno poduzimanje potrebnih mjera zdravstvene zaštite, za potrebe društvene zajednice, obrane, izvješćivanje javnosti, za izvršavanje međunarodnih obveza te druge službene svrhe. Evidencija u području zdravstvene zaštite vodi se upisivanjem podataka na sredstvima za vođenje evidencije – medicinskoj dokumentaciji (48).

Medicinska dokumentacija jest dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno o zdravstvenom stanju pacijenta, načinu rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite te uputa danih u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu, koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog radnika (najčešće liječnika) (48).

Prema ZOZPP, jedno od pacijentovih prava u ostvarivanju zdravstvene zaštite jest i pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, koje se temelji na pravu pacijenta na obaviještenost o svom zdravstvenom stanju (53). Pravo pacijenta na pristup medicinskoj dokumentaciji je strogo osobno pravo pa je pacijent jedini ovlašten koristiti se ovim pravom – pravom na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja, uz mogućnost da ovo ovlaštenje može prenijeti i na druge osobe, kako je već ranije prikazano u podnaslovu o pravu na povjerljivost.

Povjerljive podatke sadržane u medicinskoj dokumentaciji na zahtjev predložiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti, a dodatna je iznimka postupak vještačenja, koji nadilazi okvire ovog rada. Medicinska sestra može obitelji pacijenta prenijeti povjerljive podatke u slučaju da smatra da se pacijent promijenjene kvalitete svijesti ne bi protivio takvom dijeljenju podataka.

2.2.8. Pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima i nužnost sudjelovanja u kliničkim ispitivanjima

Prilikom bilo kakvog oblika kliničkog ispitivanja, svaki pacijent ima i pravo na dobrovoljnu privolu o sudjelovanju u istraživanju i ima pravo biti obaviješten putem formulara informirane privole, na pristupačan, razumljiv i jasan način o ciljevima, svrsi i prirodi istraživanja, regulirano Pravilnikom o kliničkom ispitivanju lijekova i dobroj kliničkoj praksi Ministarstva zdravlja (54).

Informacija mora biti prilagođena osobama kojima je namijenjena u skladu s obrazovanjem, intelektualnim kapacitetom, odnosno treba biti u skladu sa sposobnosti shvaćanja pacijenta. Pri tome pacijent mora imati otvorenu mogućnost biranja želi li ili ne želi odustati od sudjelovanja, bez posljedica na daljnju komunikaciju s istraživačima ili na daljnji tretman ili način liječenja, a sestra mora odgovorno pristupiti ispitaniku.

Informirana privola mora sadržavati procjenu rizika u odnosu na dobrobit za ispitanika. S pacijentom se ne smije manipulirati s pozicije moći, ovisnosti ili s pozicije utjecaja obitelji. Pacijenta koji je poremećene svijesti ili je mentalno nesposoban rasuđivati ili je u terminalnoj fazi bolesti treba poštovati i uvažiti njegove želje koje je eventualno bio u mogućnosti izraziti ranije ili ga treba isključiti iz istraživanja kako bi se zaštitio njegov integritet.

U Pravilniku o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi Ministarstva zdravlja, jedino članak 17. se osvrće posebno na postupak odobravanja kliničkog ispitivanja namijenjenog liječenju psihijatrijskih bolesnika, gdje se navodi da se etičko povjerenstvo može savjetovati sa stručnjacima Ministarstva (54).

Ispitivani lijek je farmaceutski oblik s djelatnom tvari ili placebo koji se ispituje ili primjenjuje kao usporedba u kliničkom ispitivanju, a uključuje i lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet, ali se upotrebljavaju na drugačiji način od odobrenog ili se razlikuju u formulaciji ili pakiranju, ili se koriste kod neodobrenih indikacija ili se koriste za dobivanje dodatnih podataka o obliku lijeka koji ima odobrenje za stavljanje u promet (54). Stoga “traganje za pravom dozom” ne možemo smatrati kliničkim ispitivanjem. U “traganju za pravom dozom” koriste se već definirane smjernice terapijske širine lijekova – lijek se ne primjenjuje na novi način.

Pri pokušaju povećanja *compliance*-a, odnosno, pridžavanja uzimanja terapije, ponekad koristimo promjenu načina i oblika primjene lijeka. Primjerice, za pacijente koji se ne pridržavaju oralne primjene terapije, možemo dati depo oblik lijeka putem intramuskularne injekcije, gdje neki depo oblici lijeka mogu imati učinka i po 6 mjeseci. Ni to se naravno ne može smatrati kliničkim ispitivanjem, ali je jedan način da se izbjegne niski *compliance* prisutan s ovom kategorijom pacijenata, a da se istovremeno ne krše prava pacijenata niti se koriste mjere fizičke prisile.

2.2.9. Pravo na naknadu štete

ZZPP u članku 29 navodi da pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznog prava. Slično je uređeno i Konvencijom o ljudskim pravima i biomedicini koju je RH

ratificirala 2003., a kojom se pacijentu jamči pravo na naknadu štete koja se prouzroči medicinskom intervencijom (53).

Neupitno je dakle, da je potrebno pacijentu ili članu njegove obitelji naknaditi određenu štetu ako prilikom pružanja zdravstvene usluge nastanu neželjene posljedice.

Povrede koje zdravstveni radnici mogu počiniti prilikom pružanja zdravstvene zaštite su:

- povreda pravila zdravstvene struke (liječnička greška)
- povreda obveze pružanja hitne medicinske pomoći
- povreda prava na tjelesni integritet pacijenta
- povreda obveze sklapanja ugovora o pružanju zdravstvene zaštite
- odgovornost za štetu koja je uzrokovana medicinsko-tehničkom opremom.

S gledišta odredaba ZOZZ (članak 108) liječničku grešku čini liječnik koji pri pružanju zdravstvene zaštite ne postupi prema pravilima zdravstvene struke i njezinim moralnim i etičkim načelima. Greška se može napraviti namjerom ili nepažnjom, ali slučajevi namjernog ozljeđivanja su vrlo rijetki, pa se praktički odgovara gotovo isključivo za nepažnju. Ako postoje općepriznata pravila medicinske znanosti i struke liječnik je dužan primjenjivati ih (55).

Jedan poznati primjer traženja odštete u Hrvatskoj jest slučaj Ane Dragičević, koja zbog prisilne hospitalizacije i nesavjesnog liječenja (hospitalizirana navodno zbog homoseksualne orijentacije), traži privatnom tužbom novčanu odštetu, nakon što je Općinski sud utvrdio da je protupravno zadržana (56). Sudski epilog ovog slučaja u trenutku pisanja ovog rada još nije poznat.

Medicinska sestra za vrijeme korištenja mjera prisile treba obratiti posebnu pozornost da se ne dogodi povreda tjelesnog integriteta pacijenta ili povreda medicinskom opremom. To može biti izazovno pošto agresivni pacijent pruža otpor, razbija dostupne mu predmete ili ih baca. Prilazak može biti opasan za osoblje. Problemi se javljaju i kad nedostatak osoblja ne dopušta primjenu po protokolu (5 medicinskih sestara i tehničara). U svom radnom vijeku, za sada srećom, nije se dogodila nikakva ozbiljnija tjelesna ozljeda.

Teško je pronaći balans između definiranih prava pacijenata i njihovog neminovnog uvjetovanog narušavanja pri primjeni mjera prisile. Pribranost i samokontrola osoblja možda je najvažnija komponenta sprječavanja ozljeđivanja i maksimalnog mogućeg poštivanja prava

pacijenata. Valja kontrolirati visinu i jačinu glasa, kontakt očima bi se trebao ostvariti. Pacijent prepoznaje i neverbalne znakove sugovornika. Najvažnije je strpljenje. Cilj medicinske sestre je smiriti osobu, uspostaviti smirenu situaciju. Izbjegavati pitanja “zašto” jer kada se radi o odnosima, osjećajima ili odlukama često ne postoji odgovor na takvo pitanje. Bilo bi mudrije preformulirati pitanje u “Što” ili “Kako” koji će pomoći u boljem razjašnjenju situacije ili spoznavanju vlastitih spoznaja za problem. Sve su to elementi deeskalacijske tehnike na koju ćemo se osvrnuti malo kasnije.

3. Edukacija zdravstvenih radnika i prevencija primjene mjera prisile u psihijatrijskoj ustanovi

Široka prihvaćenost činjenice da se uzorci ponašanja pacijenata i konflikti mogu grupirati, a edukacija osoblja dovesti do smanjenja konflikata prepoznavanjem uzroka i primjerenijom reakcijom, dovela je do uvođenja zakonski obvezne kontinuirane edukacije i promoviranja tehnika deeskalacije u svrhu smanjenja uporabe mjera prisile, kako ćemo vidjeti u ovom poglavlju.

3.1. Analiza uzoraka i konflikata

Konflikti (agresija, samoozljeđivanje, samoubojstvo, bježanje, zloraba alkohola i opojnih droga, odbijanje lijekova) te prisila (prisilna medikacija, prisilna intramuskularna medikacija, izolacija, sputavanje) važna su pitanja u sestrinskoj medicinskoj praksi u sklopu psihijatrijskih odjela. Nasilni incidenti vode do ozljeda, ponekad ozbiljnih, osoblja ili pacijenata. Samoubojstva su poseban rizik, a bježanje je povezano s povećanim rizikom za samoubojstvo. Samoozljeđivanje je također često, a zbrinjavanje i prevencija samoozljeđivanja također su sestrinske vještine, pored toga što je samoozljeđivanje zaseban indikator povećanog rizika za samoubojstvo. Uporaba sile i prisile može uzrokovati nenamjerno ozljeđivanje pacijenta, ili naštetiti odnosu osoblja i pacijenta. Smanjenje učestalosti i težine ovih događaja vrlo je važno za psihijatrijske odjele, pacijente i osoblje koje radi na takvim odjelima (57).

Ideja da se različiti događaji (agresija, samoozljeđivanje, bježanje, itd.) mogu grupirati zajedno kao konflikti dolazi iz činjenice da pacijenti koji izražavaju jednu vrstu konfliktnog ponašanja

imaju veću vjerojatnost izražavati druga konfliktna ponašanja. Dalje, različite stope konflikata i različite stope uporabe mjera prisile među odjelima ukazuju na to da odjeli koji imaju visoke stope agresije također imaju visoke stope bježanja, ili odjeli koji imaju visoke stope prisilne intramuskularne primjene lijekova također imaju visoke stope posebne opservacije pacijenata. Studije ukazuju na to da bi ovi različiti događaji i djelovanja mogli imati zajedničke uzroke, i da je razumna stvar pokušati djelovati na uzroke za prevenciju konflikata i uporabe mjera prisile (57).

Psihijatrijski odjeli su i socijalne i fizičke lokacije na kojima se pruža 24-satna zdravstvena njega na temelju miješanog voljnog pristanka i pravne prisile. Primjerice, konflikti mogu nastati “zarazom” iz okoline pacijenta, pacijenti mogu kopirati rizično ponašanje jedni od drugih, ili takvo ponašanje drugih na odjelu može voditi do anksioznosti i nesigurnosti, izazivajući konfliktno ponašanje kao obrambeni mehanizam. Stresori izvan bolnice mogu također utjecati na pacijenta negativno. Odnosi s drugim članovima obitelji mogu biti toksični, primjerice, ako obitelj ne razumije što znači mentalna bolest, ili ako se zbog bolesti raspadaju komponente života poput braka ili financija (57).

Odlike fizičkog okruženja također mogu utjecati na stopu konflikata i mjera prisile, gdje veća kvaliteta (bolja njega, udobnije okruženje, okruženje prilagođeno pojedinom pacijentu, bolja mogućnost nadzora pacijenata) vode do boljih rezultata (57). Organizacijski problemi poput nedostatka privatnosti, pretrpanih odjela, nemogućnosti izlaska na svjež zrak, dosade, nedostatka terapijskog programa, socijalnih aktivnosti, slobodnog vremena, nedostatka osoblja, nedostatak balansirano broja muškog i ženskog osoblja povezani su s povećanim rizikom za agresivno ponašanje (58).

Osoblje odjela, odnosno interna struktura odjela, skupa s pravilima koja se moraju slijediti, dnevnom i tjednom rutinom i ukupnom ideologijom koju osoblje nastoji inkorporirati predstavlja važnu stavku. Primjerice, anksiozno i frustrirano osoblje ne može regulirati svoj normalni emocionalni odgovor na konfliktno ponašanje, što donosi još agresivnije ponašanje pacijenta i onemogućava medicinsku sestru da reagira na najučinkovitiji i socijalno najosjetljiviji način. Slično se odnosi i na moralne obveze, primjerice iskrenost, hrabrost, jednakost, neosuđivanje, humanost ili poštivanje individualnosti pacijenta. Bilo koji moralno pogrešan postupak može izazvati konflikt i agresiju. Timski rad i konzistencija odnose se na način na koji članovi tima podupiru kolege praktično i psihološki, te konzistentno ponašanje

koje odaje jasnu internu strukturu pacijentima. Tehnička izvrsnost potrebna je, naravno, da se odgovori na svakodnevne izazove, primjerice, neadekvatno poznavanje deeskalacijske tehnike tehnički je nedostatak koji može pogoršati konflikt (57).

Mnoge karakteristike pacijenata mogu voditi u konfliktno ponašanje, a možemo ih svrstati u tri glavne grupe:

- simptome, npr. paranoja koja rezultira defanzivnom agresijom ili bježanjem, specifične deluzije koje pokreću iracionalno ponašanje, auditorne halucinacije poput glasova koje instruiraju pacijenta da se ponaša na određeni način, depresija koja vodi do pokušaja samoubojstva ili iritabilnosti, uporaba alkohola ili opojnih sredstava;
- obilježja ličnosti, npr. obilježja antisocijalnog poremećaja ličnosti što vodi do agresije, ili granični poremećaj ličnosti povezan sa samoozljeđivanjem;
- demografske osobine, npr. mlađi muškarci skloniji su konfliktnom ponašanju (57).

Povećani rizik za agresivno reagiranje također je povezan s individualnom percepcijom situacije od strane pacijenta i njegovom specifičnom reakcijom na stres. Agresivno ponašanje može biti povezano s osjećajem ugroženosti, bespomoćnosti, poniženja, frustracije i nepravde, stoga je u identifikaciji uzroka agresivnog ponašanja potrebno istražiti osjećaje koji su u pozadini agresivnog ponašanja kako bi se odabrao adekvatni terapijski postupak. Doživljaj osobe da ju se nepravедно (nefer) tretira, odnosno da se odnose prema njoj bez poštovanja, jedan je od vrlo jakih okidača za agresivnost. Agresivno ponašanje se događa kada osobe nemaju vještine za postupak s osjećajima ili frustracijama, odnosno kada osjećaju strah. Agresivni ljudi često imaju smanjenu sposobnost da se nose sa svojim frustracijama i njihova agresija im “omogućuje” imati svoj način na koji zadovoljavaju vlastite potrebe. Agresivnost se može pojaviti kao reakcija na strah i osjećaj neadekvatnosti jer može ljudima dati osjećaj moći u cilju kompenzacije neadekvatnosti i straha. Kombinacija osjećaja ugroženosti i gubitka osobne kontrole nad mišljenjem i ponašanjem najviše je povezana s rizikom nasilnog ponašanja (59).

Implikacije ovog pogleda su da bilo koja intervencija koja mijenja razumijevanje moralnih obveza, emocionalnu regulaciju, tehničke vještine, način rada u timu, bolje razumijevanje uzroka agresije i efektivnu hijerarhiju na odjelu pridonosi smanjenju stopa konflikta i primjene mjera prisile. Dva jasna pristupa takvim promjenama su edukacija i vježbanje te klinički nadzor osoblja. Način na koji se medicinske sestre nose sa svakodnevnim problemima na odjelima

psihijatrije mogu se mijenjati. Male promjene rutine i uobičajenih praksi mogu donijeti veliki utjecaj na stopu konflikta i primjena mjera prisile.

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Ministarstva zdravlja, u cilju poboljšanja i unaprijeđenja postupanja s agresivnim ponašanjem pacijenata i smanjenja primjene mjera prisile, ustanova je obvezna osigurati aktivnosti koje uključuju pisane upute za postupanje i upravljanje agresivnim ponašanjem, uključujući dostupnost pomoći i alarmni sustav za lakšu komunikaciju između zdravstvenih radnika (29).

Nakon primjene mjera prisile potrebno je u standardnom postupku uz prisutnost voditelja odjela analizirati uzroke i rekonstruirati početak konflikta, rane znakove eskalacije, poduzete mjere, potencijalne pogreške i sve druge okolnosti. Cilj analize je emocionalno rasterećenje i postizanje što bolje pripreme zdravstvenih radnika za buduće slične situacije. Voditelj odjela obavezan je osigurati empatijsko razumijevanje i emocionalno rasterećenje traumatiziranih zdravstvenih radnika i ako je to potrebno, osigurati kontinuiranu stručnu potporu.

Ustanova je obvezna donijeti strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu i kontinuirano educirati zdravstvene radnike u svrhu ranog prepoznavanja eskalacije ponašanja pacijenta i stjecanja vještina brzog postupanja u slučaju incidenta (organiziranje edukacije za medicinske sestre/medicinske tehničare iz komunikacijskih vještina i primjene deeskalacijskih tehnika za postupanje u kriznim situacijama, obuka i trening osnovnih tehnika samoobrane i tehnike fizičkog sputavanja pacijenata, organizacija “interventnih” timova za postupanje u kriznim situacijama, dogovoren sustav poziva u pomoć od tehnologije do kompetencija) (29).

Iz Pravilnika je vidljivo da su ovakve situacije predviđene – analiza konflikata i kontinuirana edukacija, na istom tragu kao i prijedlozi u ranije spomenutim istraživanjima. Iz istraživanja, Pravilnika i smjernica stranih psihijatrijskih društava su stoga proizašle mjere koje valja poduzeti za smanjenje primjene mjera prisile, definirane u dokumentu Strategija prevencije agresivnog ponašanja: Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije Hrvatskog psihijatrijskog društva (59). U smjernicama se spominje kako treba urediti i okolinu i administrativne procedure (bolje fizičko okruženje i bolja organizacija rada), ali i primijeniti kliničke smjernice za postupanje s agresivnim bolesnikom, te obuhvaćaju:

- poznavanje zakonske legislative,

- identificiranje uzroka agresivnog ponašanja,
- prepoznavanje ranih znakova agresivnog ponašanja i procjenu rizika,
- primjenu ranih metoda prevencije kao što su komunikacija u krizi/deeskalacijske tehnike,
- korištenje izdvajanja u zasebnu prostoriju u cilju smanjenja uznemirenja, “time out” prostor,
- protokol o fizičkom sputavanju i izdvajanju uključujući praćenje stanja tijekom trajanja mjera prisile uz dokumentiranje svih postupaka,
- primjenu medikamenata u svrhu brzog smirivanja,
- postupke prorade nakon primjena mjera prisile,
- izvještavanje o incidentu i analizu incidenta, uključujući učenje iz incidenta,
- vođenje dokumentacije i statistike o agresivnom ponašanju, primjeni mjera prisile i ozljedama na nivou ustanove,
- redovitu evaluaciju strategije prevencije kroz praćenje provođenja i efikasnosti kako bi se utvrdilo provodi li se strategija prema preporukama, koji su rezultati i jesu li potrebna poboljšanja.

Edukacija osoblja navodi se kao treća važna točka.

U daljnjem tekstu osvrnut ćemo se na Pravilnikom i Strategijom specifično imenovane tehnike smanjenja stope primjene mjera prisile, te na novije predložene pristupe istom problemu. Također se može uočiti da bi se neki od ovih potencijalnih interventnih točaka mogle djelomično riješiti poštivanjem etičkog kodeksa medicinskih sestara, pa ćemo se ukratko osvrnuti i na Kodeks.

3.2. Upute za etičko postupanje

Etički kodeks objavili su i Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS), a i Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Većih strukturalnih razlika između dvaju kodeksa nema. Kratko ćemo se osvrnuti na osnovna načela etičkog kodeksa HKMS-a.

1. **Odnos prema bolesnicima.** Prema kodeksu, medicinske sestre trebaju poštovati i prepoznati ulogu bolesnika kao ravnopravnog partnera u zdravstvenoj njezi. Odgovornost je medicinske sestre prilikom pružanja zdravstvene njege promicati i štititi interese i dostojanstvo pacijenta bez obzira na njegovu dob, spol, rasu ili životni stil (50). Kvalitetan odnos prema bolesniku podrazumijeva sposobnost adekvatnih profesionalnih odgovornosti, etičkih senzibilnosti i poštovanje etičkih pravila.

Neophodan je holistički pristup uz uvažavanje bolesnika kao jedinstvenog bića, korektan i profesionalan pristup svakom pojedinom bolesniku. Povjerenje je također važna komponenta. Bolesnik je ranjen i ugrožen čovjek i zaslužuje našu posebnu pažnju, brigu i poštivanje. Valja mu pristupiti s empatijom i razumijevanjem za njegove teškoće čak i kada je agresivan. Tijekom primjene mjera prisile valja biti smiren i kontroliran. Ne možemo zanemariti ni brigu prema sebi tijekom primjene mjera prisile – treba misliti i na svoju sigurnost. Posjedovati asertivne vještine, vještine vezane za rješavanje konflikata. Po smirivanju smireno razgovarati s pacijentom bez kritiziranja. Cilj je razrješavanje konflikata na neagresivan način

2. **Suradnja u timu.** Sestrinstvo je timska struka, a medicinska sestra neizostavan i samostalan član medicinskog tima. Kodeks preporučuje medicinskim sestrama da surađuju s članovima tima, da djelotvorno međusobno komuniciraju i izmjenjuju znanja i vještine.⁽⁵⁰⁾ I Zakon o sestrinstvu u članku 14 ima jednu novu bitnu odredbu, gdje zakon kaže da tim zdravstvene njege treba imati voditelja tog tima i izvršitelje zdravstvene njege.⁽⁶⁰⁾ Preporuka je da se kao sredstvo komunikacije u timu koristi sestrinska dokumentacija.⁽⁶¹⁾ Sestrinska dokumentacija se vodi na način da se svaki relevantni podatak o pacijentu i svaka provedena sestrinska intervencija unese u sestrinsku dokumentaciju u što kraćem vremenskom roku nakon provođenja postupka. Kroz vlastiti profesionalni razvoj medicinska sestra treba razvijati komunikacijske vještine kako bi mogla zadobiti povjerenje bolesnika. Jako važna osobina svake medicinske sestre je kolegijalnost. Ona se tiče odnosa s drugim članovima medicinskog tima što se neposredno odražava i na cjelokupan odnos osoblja s pacijentom. Medicinska sestra je član tima što joj osigurava pravo na davanje profesionalnog mišljenja, ali i na uvažavanje mišljenja drugih članova tima. Tim mora djelovati po principu dobrobiti i neškodljivosti što utječe na ponašanje koje će smanjiti rizik od štete. Pri korištenju mjera prisile svaki član tim bitna je karika, ona je ujedno i prva karika u lancu zbrinjavanja pacijenta. Svaki tim mora besprijekorno surađivati kako bi rezultati rada bili bolji. Psihijatrijski tim posebno je osjetljiv za incidentne situacije. Medicinske sestre dužne su kohezivno djelovati u timu na dobrobit pacijenata i svoju dobrobit.
3. **Profesionalna tajna.** Kodeks medicinskih sestara preporučuje medicinskim sestrama da štite i čuvaju sve povjerene informacije dobivene od pacijenta i da te informacije koriste samo u za to predviđene svrhe.⁽⁵⁰⁾ Kroz pružanje sestrinske skrbi pojedincu, njegovoj obitelji i zajednici, medicinska sestra bi trebala razvijati suradnički odnos koji bi se trebao temeljiti na međusobnom poštovanju i uvažavanju. Pacijent ima pravo na

povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovom prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege pacijent ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost. (44) Kod psihijatrijskog pacijenta profesionalna tajna je neupitna, ali se događa da pacijenti u svom stanju neralnog razmišljanja izgube kritičnost i profesionalna tajna više nije tajna. Već smo naveli primjere kada je sestra dužna podijeliti komponente profesionalne tajne sa sudskim tijelima ili obitelji, u potonjem slučaju ako smatra da se pacijent ne bi bunio na dijeljenje specifične informacije.

4. **Trajno usavršavanje.** Etički kodeks nalaže medicinskim sestrama potrebu cjeloživotnog učenja i usavršavanja u struci. Cjeloživotno učenje se definira kao sveukupna aktivnost učenja tijekom života a s ciljem unapređenja znanja, vještina i kompetencija. Obuhvaća učenje u svim životnim razdobljima i u svim oblicima u kojima se ostvaruje. Svaka medicinska sestra ne ulaže samo samu sebe u posao koji obavlja, ulaže i iznimno znanje te životno i profesionalno iskustvo. Medicinska sestra mora održavati svoje znanje i vještine u toku sa suvremenim znanjima kroz cijeli svoj radni vijek. Trebala bi redovito sudjelovati u obrazovnim aktivnostima koje razvijaju njene sposobnosti i vještine za rad. (50) Sestra preuzima odgovornost i potreban autoritet u izravnom pružanju sestrinske zaštite. Ona je samostalna praktičarka, odgovorna za zaštitu koju daje. Odgovorna je odrediti svoje osobne potrebe u daljnjem obrazovanju za menadžment, nastavu, kliničku praksu i istraživanja i te potrebe aktivno zadovoljavati. (62) Svaka psihijatrijsku ustanova ima obavezu prema svom osoblju, a to je kontinuirana edukacija. Jedna od obaveznih je i učenje o primjeni mjera prisile. Edukacija je teorijska i praktična (demonstracije i vježbe) pri čemu se vizualizira koncept korištenja mjera prisile. Nažalost, teorija i vježbe ne mogu zamijeniti iskustvo, niti ispravno dočarati varijante realnih situacija s kojima se susrećemo. Stoga je iskustvo najvažnija komponenta kontinuirane edukacije.
5. **Ugled staleža.** Kodeks nalaže medicinskoj sestri da svojim radom i ponašanjem podiže ugled profesije. U svojem radu sestra ne bi trebala koristiti profesionalni status u materijalne svrhe i promociju komercijalnih proizvoda ili usluga. Uredna i lijepo njegovana sestra (uredne kose, nenapadno namazanog lica, urednih ruku, čistih i njegovanih, podrezanih noktiju bez laka, bez prodornih mirisa), u čistoj i izglaćanoj odjeći sa značkom i identifikacijskom karticom te urednom obućom psihički povoljno

djeluje na bolesnika i odgojno na sredinu gdje radi.(63) Ako je možda fizički izgled komponenta koja djeluje irelevantno za psihijatrijski odjel, zamislite situaciju pacijenta s *Alice in wonderland* sindromom (intoksikacije u kojima se pričinja pacijentu da stvari izgledaju puno veće ili puno manje nego što zaista jesu) i kako bi taj pacijent reagirao da mu percepcija govori da vidi ogromnu medicinsku sestru s još većim umjetnim trepavicama, šminkom u plavim tonovima, iscrtanim usnama i dugačkim noktima. Ovo je situacija koju je jednom prilikom pacijent zaista prepričavao. No, osim dostojanstvenim izgledom, ugled profesije valja, još važnije, štiti i dostojanstvenim ponašanjem. To činimo poštivanjem svih nama poznatih pravila struke, kako etičkih tako i tehničkih.

6. **Zaštita bolesnika od rizika.** Kodeksom se traži da sve medicinske sestre moraju prakticirati sigurnu zdravstvenu njegu na potrebnoj stručnoj i etičkoj razini. Ako ne može ukloniti čimbenike rizika koji bi mogli ugroziti standarde prakse sestra o tome treba pismeno izvijestiti nadređenu osobu. Svako provođenje mjera prisile izaziva različite emocije kod svih aktera. Pri tome je najvažnija sigurnost ne samo osoblja nego i pacijenta. Imati obzira prema pacijentu, primjeniti mjere sa posebnom pažnjom. Spriječiti sve eventualne nezgode i ozljede. Pristupati s pažnjom i smirujuće bez suprostavljanja. Nije samo važna sigurnost pacijenta. Moramo misliti i o svojoj sigurnosti. Nastojati ostati smiren, ne okretati leđa uznemirenom pacijentu, biti siguran da imamo put izlaska ako situacija izmakne kontroli. Jasno poručiti pacijentu da mu želimo pomoći.
7. **Osiguranje od odgovornosti.** Kodeksom se preporučuje medicinskim sestrama da se osiguraju od odgovornosti na radnom mjestu. „Odgovornost je najznačajnije obilježje humanosti!“.(64) Odgovornost predstavlja jedan od osnovnih društvenih odnosa tj. ona je svojevrsni pokazatelj ostvarivanja zakonitosti i stupnja etike jednog društva i njegove savjesti.(65) Postoji nekoliko vidova odgovornosti koje medicinska sestra treba zastupati u svom radu, a to su: odgovornost prema samoj sebi, odgovornost prema vlastitoj struci, odgovornost prema pacijentu i prema suradnicima. Rješavanje etičkih pitanja medicinska sestra sprovodi u skladu s etičkim kodeksom i uz pomoć nadležnih tijela Hrvatske komore medicinskih sestara. Svaki problem koji sestra primijeti tijekom rada, a uvidi da se kosi s Kodeksom dužna je na to upozoriti i težiti tome da se problem riješi na najjednostavniji način. Medicinske sestre ne smiju koristiti mogućnost prijave ako žele nekoga povrijediti ili poniziti. Zato Kodeks i određuje da se sestra može obratiti Komori u slučaju problema nastalih zbog neprimjerenog i neprofesionalnog ponašanja

kolegice koji ne može sama riješiti. Tako naleže etički kodeks, no ja se u svojoj praksi nisam susrela sa situacijom prijave kolegice zbog neodgovornosti. Posao medicinske sestre izuzetno je zahtjevan i odgovoran, jedina razlika u radu medicinskih sestra je njihov odnos prema samoj sebi i prema svim ostalim članovima tima. Neke od nas predane su svom poslu i rade to s više ljubavi i pažnje od nekih drugih. To je vidljivo kroz refleksiju pacijenata odnosno njihovim odnosom prema medicinskoj sestri. One koje to rade s manje ljubavi nisu lošije u svom radu u tehničkom aspektu, ali im je teže ostvariti suradnički i kvalitetan odnos kojim bi olakšale svoj rad - sebi. To je nešto što se ne može postići formalnom edukacijom, nego je potreban dugogodišnji rad i pozitivno okruženje koje pomaže promijeniti vrline.

8. **Rješavanje etičkih pitanja.** Ako medicinska sestra nije sigurna da li je određena situacija u skladu s ovim Kodeksom, dužna se savjetovati s nadležnim tijelom Hrvatske komore medicinskih sestara. Ako uoči da njena kolegica krši etičke principe profesionalnog ponašanja, dužna je na to upozoriti i na neformalan način pokušati pomoći u razješnju problema. Ako se kršenje Kodeksa ne može riješiti na neformalan način, izvještava se Komora koja poduzima potrebne mjere. Prijave ne smiju imati za cilj nekoga povrijediti ili poniziti. Svaki proces za cilj ima dobronamjernost. Tijekom primjene mjera prisile svaka kolegica ima svoj dio zadatka. Ponekad se dogodi da smo manje kapacitirani za određene situacije, bilo zbog osobnih razloga, zbog umora ili nečega drugog što utječe na rezultat našeg rada. Valja raditi timski i uvažiti poneku sitnu nenamjernu pogrešku koja nema štetan ishod za nikoga. U krajnjoj liniji, pri primjeni mjera prisile, za rješavanje etičkih pitanja, po osobnom mišljenju, trebao bi biti odgovoran vođa tima prema unaprijed postavljenoj hijerarhiji. Timska odgovornost zvuči kao lijep koncept, ali u stvarnosti funkcionira hijerarhija i individualno preuzimanje odgovornosti.
9. **Odnos prema drugim medicinskim sestrama.** Kodeks preporučuje da se medicinska sestra treba odnositi prema kolegicama onako kako bi željela da se one odnose prema njoj. Medicinska sestra odnosit će se prema drugim medicinskim sestrama onako kako bi željela da se one odnose prema njoj. Svojim učiteljima treba iskazivati poštivanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primila. Ako druga medicinska sestra zatraži od nje stručni savjet i pomoć, pružit će joj pomoć nesebično i prema svom najboljem znanju. Međunarodni etički kodeks obvezuje da se održavaju kooperativne odnosi sa suradnicima i istodobno se traži da se poduzimaju odgovarajuće mjere zaštite pojedinca kada je njegova skrb ugrožena od suradnika na poslu ili bilo koga drugog.

Rad na psihijatrijskim odjelima zahtjeva i nužan je timski rad. No, primjerice, ako se dogodi povreda prava pacijenata prema našem saznanju, od strane drugog člana tima, problem valja riješiti, ali ga valja riješiti na nekonfliktni način, s poštovanjem i uvažavanjem potencijalnih osobnih razlika i pogleda na situaciju.

10. **Odnos prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara.** Medicinska sestra treba Komoru smatrati svojom stručnom maticom, čuvajući i promičući joj ugled, kako u struci tako i u široj javnosti. Sestra je dužna poštovati sve odredbe Komore i redovito ispunjavati obveze prema njoj. Nažalost, odgovornost i dužnosti komore prema medicinskoj sestri nigdje se ne spominju - voljeli bismo i mi kao stručnjaci znati da u našem radu, koji je osobito osjetljiv zbog prirode psihijatrijske djelatnosti, da netko stoji iza nas kada nas se u javnosti osuđuje zbog loše percepcije mjera prisile u medijima.

3.3. Minimaliziranje agresivnih mjera prisile

Naš cilj nije samo znati kako pravilno primijeniti mjere prisile, u skladu sa zakonom i moralnim obvezama. Ciljevi prevencije agresivnog ponašanja su anticipirati i prevenirati pojavu agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama i svesti primjenu mjera prisile na najmanju moguću mjeru. Strategija prevencije također ima za cilj sprečavanje psihičkih i fizičkih ozljeda pacijenata i osoblja i stvaranje sigurnog terapijskog okruženja za liječenje oboljelih od psihičkih poremećaja. To se može postići kroz osiguranje kvalitete terapijskog pristupa, ranom prepoznavanju znakova agresivnosti, procijeni rizika i ranim preventivnim postupcima, osobito primjeni deeskalacijskih tehnika i medikamentoznog smirivanja, a tek kada preventivni postupci nisu uspješni primijeni mjera prisile.

Smjernice kojima se uređuju svi ranije navedeni mogući aspekti poboljšanja kvalitete radi smanjenja uporabe mjera prisile vrijedni su spomena, ali su izvan dosega rada medicinske sestre (primjerice, uređenje prostorija ustanove, broj zaposlenog osoblja, terapijski modaliteti), i preopširni za opis u sklopu ovoga rada, pa ćemo se usredotočiti na tehnike koje bi medicinska sestra trebala savladati i upotrebljavati, a preporučene su smjernicama.

Prva strategija u pristupu agresivnom bolesniku je razumijevanje agresivnog ponašanja u konkretnoj situaciji specifičnog pacijenta, za što je potrebna analiza utjecaja svih faktora koji mogu pridonijeti agresivnosti; psihičkog stanja, faktora ličnosti-načina reagiranja osobe na stres, utjecaja okolinskih faktora uključujući i načine komunikacije osoblja s pacijentom.

Identificiranje uzroka agresivnog ponašanja u konkretnoj kliničkoj situaciji važno je za prevenciju i izbor adekvatnog postupka prevencije i kontrole agresivnog ponašanja. Više od 50% osoba s agresivnim ponašanjem, poput verbalne agresivnosti, pretjerane aktivnosti i invazije personalnog prostora, neće ići prema ozljedi osoblja. Stoga je važno razviti svijest o okidačima koji imaju veliku vjerojatnost da će dovesti do agresivnog ponašanja i ranog postupanja s agresivnim ponašanjem kako bi prevenirali daljnje pogoršanje i primjenu mjera prisile.(59)

Drugi zahtjev jest svako sposobnost prepoznavanja ranih znakova agresivnog ponašanja na kakvo bi se druge tehnike mogle primijeniti radi sprečavanja uporabe mjera prisile. Slijedeći znakovi mogu ukazivati da bi pacijent mogao postati agresivan:

- ljutit i napeti izraz lica,
- povećanje ili produženi period nemira, tjelesne napetosti, uznemireno kretanje,
- opće uznemirenje - povećanje disanja i pulsa, muskularna napetost, širenje zjenica
- povećanje volumena govora, uznemireni pokreti,
- produženi kontakt s očima,
- nezadovoljstvo, odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, iritacija,
- nejasan način razmišljanja, slaba koncentracija,
- sumanutosti ili halucinacije sa nasilnim sadržajem,
- verbalne prijetnje ili gestikulacije,
- ponavljanje ponašanja ili ponašanje slično koje je prethodilo ranijoj epizodi agresivnosti,
- iznošenje ljutnje ili nasilnih osjećaja,
- blokiranje puta izlaza.(59)

Zasada najpouzdaniji način procjene agresivnog rizika ipak je korištenje različitih skala za procjenu rizika, poput "Brøset Violence Checklist" ili "Overt Aggression Scale". Kod promjene stanja pacijenta koje ukazuje na rizik (opservirani su rani znaci agresivnosti, povećani rizik za agresivno ponašanje) medicinsko osoblje treba izvijestiti psihijatra da u najkraćem mogućem roku procijeni stanje pacijenta i preporučiti preventivne mjere ili mjere prisile, to se također odnosi i na promjenu stanja pacijenta koji je sputan. Najmanje jedanput za vrijeme smjene medicinska sestra bi trebala procijeniti mentalno stanje pacijenta uključujući procjenu rizika, te zabilježiti postojanje rizika ako postoji i dalje postupati po naputcima za opservaciju pojedine ustanove.

Naveli smo ranije kako je na svakoj razini lanca zdravstvene usluge moguće napraviti manje intervencije koje će dovesti do smanjenja uporabe mjera prisile. No trenutno je edukacija osoblja usmjerena na (jeftine?) kratkotrajnije i dokazano efikasne metode, poput spomenute deeskalacije, koju ne proporučuju samo ugledna društva poput britanskog NICE-a, nego i primjerice smjernice Hrvatskog psihijatrijskog društva. Prema Strategiji, Psihijatrijska ustanova mora imati nedvosmisleni politiku da je deeskalacija prvi izbor u pristupu agresivnom pacijentu, a primjena mjera prisile je druga linija postupanja kada prva linija intervencija nije bila učinkovita.

Deeskalacija je široki termin za skup psihosocijalnih intervencija usmjerenih na usmjeravanje pacijenata prema mirnijem interpersonalnom prostoru.⁽⁶⁶⁾ Deeskalacijski postupak je prva linija pristupa agresivnom pacijentu, a kada ne uspijeva tada je potrebno primijeniti najmanje restriktivne mjere prisile kroz što kraći vremenski period primjene; odnosi na verbalnu i neverbalnu interakciju s uznemirenim pacijentom koja ako se koristi prikladno reducira opasnost od agresivnog ponašanja, uključujući pacijentovu ljutnju i povratak na smireno stanje.

Deeskalacijski postupak ili komunikacija u krizi s agresivnim pacijentom je efikasno korištenje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina kako bi se pomoglo smanjiti uznemirenost agresivne osobe ili osobe s rizikom agresivnog ponašanja kako bi se smanjila mogućnost za agresivno ponašanje ili daljnje napredovanje agresivnog ponašanja, odnosno prevencije agresivnog ponašanja. Postupak s agresivnim pacijentom ima za cilj smanjiti nivo uznemirenosti, smanjiti mogućnost ozljede pacijenta i drugih osoba kao i štetu na fizičkoj okolini, te omogućiti adekvatne terapijske postupke koje će dovesti do otklanjanja agresivnog ponašanja.

Deeskalacijska tehnika se odnosi na postupno rješavanje potencijalno nasilnih, agresivnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog dogovora i postavljanja granica ponašanja na način koji se temelji na poštovanju.

Cilj tehnike je prevenirati pogoršanje stanja i omogućiti pacijentu dovoljno vremena da ponovno zadobije kontrolu nad svojim ponašanjem. Deeskalacijska tehnika također pomaže u stvaranju terapijskog odnosa.

Terapijska komunikacija najčešće je najefikasniji postupak smirivanja pacijenta i prevencije agresivnosti. Cilj ovog postupka je umirivanje pacijenata u interaktivnom komunikacijskom procesu koji mu pomaže da se psihološki smiri. Tijekom razgovora potrebno je opservirati i verbalne i neverbalne znake agresivnosti i odgovor na komunikaciju i prema tome prilagoditi svoju komunikaciju.

Za provođenje deeskalacije potrebne su interpersonalne vještine koje se uče teorijski i praktično, a uključuju interpersonalno ponašanje koje je učinkovito za smirivanje uznemirenih osoba.

Kada se komunicira s uznemirenim i potencijalno agresivnim pacijentom potrebno je:

- osigurati sigurnu okolinu,
- misliti o svojoj sigurnosti,
- poštovati fizičku udaljenost od pacijenta,
- kontrolirati verbalno i neverbalno ponašanje,
- suzdržati se od pokazivanja moći,
- komunicirati jasno i nedvosmisleno,
- izbjegavati prijeteći stav, postaviti granicu i ponuditi pacijentu mogućnost izbora,
- uspostaviti dijalog i aktivno slušati,
- pokazati empatiju,
- ohrabriti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.

Pacijentu treba pristupiti na smireni način s kontrolom svog ponašanja, paziti na dostojanstvo pacijenta, te mu ponuditi mogućnosti izbora koje mu mogu pomoći da se smiri. Važno je govoriti smirenim glasom i paziti na izbor riječi. Poželjno je koristiti jednostavne i kratke rečenice. Poticati ga na ostvarenje socijalnog kontakta. Nije dobro izravno proturječiti halucinacijama. Ukoliko osjeti naše razumijevanje za njegove osjećaje, razvit će odnos povjerenja u nas. Najvažnije od svega je strpljenje i poštovanje.

Poznavanje pacijenta je važno, pa prednost kod primjene deeskalacije treba dati osoblju kojeg pacijent pozna i s kojim ima dobar terapijski odnos od ranije.

Cilj psihološkog pristupa je pomoći pacijentu neka poveća kapacitete za kontrolu nad svojim agresivnim ponašanjem. Izglednije je da će pacijent povećati kapacitete za bolju kontrolu agresivnosti ako doživljava da je tretiran kao osoba s kojom se može razgovarati, čak i u situaciji u kojoj pokazuje agresivnost.

Edukacija osoblja stoga bi trebala uključiti multidimenzionalni pristup razumijevanju agresivnosti, prepoznavanju ranih znakova agresivnosti i postupanja s njima, procjenu rizika, tehnike komunikacije s agresivnim pacijentom i deeskalacijske tehnike, te same tehnike primjene mjera prisile s poznavanjem legislative i rizika fizičke okoline. Istraživanja pokazuju da edukacija iz područja postupaka s agresivnim pacijentom kada je dobro planirana i kada se redovito provodi, dovodi do smanjenja agresivnih incidenata u psihijatrijskim, smanjenja ozljeda, smanjenja primjene izolacijskih soba, povećava samopouzdanje osoblja, povećava znanje i vještine o postupcima s agresijom, te mijenja stavove osoblja prema agresiji. Istraživanje nakon provedene edukacije je pokazalo redukciju mjera prisile i konflikata s pacijentima na akutnim psihijatrijskim odjelima nakon što je osoblje promijenilo stavove i poboljšalo sposobnosti kontrole svojih emocija i stvorilo bolju atmosferu na odjelu.(59)

Postoje i druge kliničke situacije u kojima su mjere prisile prikladan izbor. Medicinske sestre najbliže su pacijentima i na taj način prve moraju prepoznati promjene ponašanja pacijenata i pravodobno reagirati. Pacijent sa suicidalnim promišljanjima zbog vlastite sigurnosti zbrinut je pod visokim nadzorom osoblja. Ponekad u takvim slučajevima bezazlenije je primijeniti fizičko sputavanje. Također pacijenti intoksicirani alkoholom ili nekim drugim sredstvima ovisnosti koje kod pacijenta izazivaju nemir, agitiranost i nesuradnju, također zahtijevaju primjenu mjera prisile. Opojna sredstva u konzumentu izazivaju moć, snagu, neralnost i nesuradnju. Takvo stanje uznemiruje i druge pacijente koje borave u neposrednoj blizini. Događa se da se u tom slučaju i cijeli zavod uznemiri. Tada medicinska sestra "nadnaravnim silama" smiruje situaciju sve u cilju ublažavanja negativnih emocija.

Zaključno možemo reći da pravodobno prepoznavanje promjene ponašanja u negativnom smjeru, obavještavanje nadležnih i primjena eventualno blažih direktnih mjera prisile (npr. pravodobna medikacija) sprečava potencijalno primjenu za nas manje prihvatljivih fizičkih mjera prisile. Ako smo već propustili prozor u kojem možemo deeskalirati verbalno situaciju ili primijeniti blaže mjere, pri uporabi fizičkih mjera valja postupati prema pravilnicima i s osjećajima kako bi se izbjegle potencijalne ozljede. Nažalost, nikakve smjernice ili pravilnici

ne mogu zamijeniti iskustvo u postupanju. Smatram stoga da je vertikalna edukacija, iskusnijih prema mladima, uz redovitu formalnu edukaciju, najbolji put ka boljem zbrinjavanju pacijenata.

Zaključak

Mjere prisile, zbog česte promjene kvalitete stanja svijesti u psihijatrijskih pacijenata, uzrokovanih prirodom bolesti poput shizofrenije, poremećaja ličnosti ili bipolarnog afektivnog poremećaja, nemoguće je trenutno u potpunosti izbjeći u psihijatriji. Zabrinjava tendencija porasta uporaba mjera prisile na razini cijele Europe, i to ne samo prisilne hospitalizacije i medikacije (koja je izvan sestrinske domene posla), nego i drugih, potencijalno za izbjegavanje lakšim metodama, sputavanja i izolacije.

Iako se uporaba takvih mjera može opravdati i ima zakonsko opravdanje radi sprečavanja samoozljeđivanja i ozljeđivanja drugih osoba, etički gledano predstavlja narušavanje autonomije pacijenta i maksimalni bi se naponi trebali uložiti u izbjegavanje uporabe mjera prisile, osobito izolacije i sputavanja.

Dio problema možemo izbjeći poznavanjem zakonskih odredaba vezanih uz osobe s duševnim oboljenjima, koje danas pokušavaju zaštititi pacijente više nego ikad prije. Dio problema može se izbjeći i nultom tolerancijom za bilo kakvo kršenje etičkog kodeksa sestrinske prakse. Modernije metode koje, prema istraživanjima, vode u smanjenje uporabe mjera prisile su stvaranje kvalitetnije terapijske okoline i fizičkim uređenjem te okoline i osobljem koje je osposobljenije za rad s takvim bolesnicima i empatično prema njihovim problemima. Na uređenje odjela i strukturu zaposlenika sestra možda ima malo utjecaja, ali drugi koraci se, prema Strategiji prevencije i agresivnog ponašanja i uporabe mjera prisile Hrvatskog psihijatrijskog društva, mogu poduzeti: razumijevanje uzroka agresivnog ponašanja, osposobljavanje za procjenu rizika za potencijalno agresivno ponašanje, kvalitetna opservacija pacijenta s ranim sustavom uzbunjavanja i uporaba deeskalacijske tehnike kada su rani znakovi agresivnog ponašanja već nastupili. Sve te metode dokazano vode do smanjenja uporabe mjera prisile, a savladavanje tih tehnika odnedavno je ne samo profesionalna, nego i zakonska obveza osoblja zaposlenog u radu s osobama s mentalnim oboljenjima.

U zaključku ovoga rada ne bismo htjeli taksativno nabrojiti sve što smo naveli prethodno kao uzroke agresivnog ponašanja, zakonski dopuštene mjere prisile, kako ih provoditi ili na koji način smanjiti njihovu uporabu. Poruka koju želimo da čitatelj ponese jest da u ovom trenutku

ne postoji medicinski način da se izbjegnu aspolutno sve moguće primjene mjera prisile, makar ponekad one zadirale u elementarna ljudska prava pacijenata. Pravo na tjelesni integritet sebe i drugih u stanju promijenjene kvalitete svijesti nadilazi prava pacijenta na privatnost, povjerljivost, autonomiju. To ne znači da ne moramo uložiti sve napore, i ljudske i profesionalne, da izbjegnemo korištenje ovakvih mjera, niti to znači da ne moramo preispitivati svako njihovo korištenje. Preispitivanje, i unutar struke i od strane javnosti nije negativna stvar, naprotiv, može voditi samo u smjeru poboljšanja zbrinjavanja pacijenata i sprečavanje negativnih posljedica koje smo vidjeli kroz povijest. Ali ne bi škodilo da ponekad, u slučajevima kada se struku neopravdano napada, profesionalne organizacije žustrije reagiraju i javnosti bolje objašnjavaju medicinske razloge za uporabu mjera prisile, kako bi se na neki način i emotivno i profesionalno zaštitilo nas koji, bez iznimke, također imamo emotivne posljedice zbog prirode svog posla.

Reference

1. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science & Medicine*. 1992;35(5):711-21. doi:10.1016/0277-9536(92)90009-f
2. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2013 [Dostupno na: <http://www.un.org/disabilities/documents/natl/croatia.doc>. [Datum pristupa: 7. svibanj 2018.]
3. Weiner DB. Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(6):725-32.
4. Colaizzi J. Seclusion & restraint: a historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2005;43(2):31-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15745238>
5. Dix R, Betteridge C, Page MJ. Seclusion - past, present and future. In: Beer MD, Pereira SM, Paton C, editors. *Psychiatric intensive care*. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 133-55.
6. Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *British Medical Journal*. 2017;357:j2904. doi:10.1136/bmj.j2904
7. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*. 2018;184(02):163-8. doi:10.1192/bjp.184.2.163
8. Mental Health America. Position statement 55: confining sexual predators within the mental health system 2017 [Dostupno na: <http://www.mentalhealthamerica.net/positions/sexual-predators>. [Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]
9. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*. 2010;61(10):1012-7. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1012

10. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2014;14(2):131-41. doi:10.1586/14737175.2014.874286
11. Simpson JA, Weiner ES. *The Oxford English dictionary*. 2nd ed. / prepared by J.A. Simpson and E.S.C. Weiner. ed. Oxford: Clarendon; 1989.
12. Carroll JS. Consent to mental health treatment: a theoretical analysis of coercion, freedom, and control. *Behavioral Sciences & the Law*. 1991;9(2):129-42.
13. O'Brien AJ, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(2):167-73. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x
14. Canvin K, Rugkasa J, Sinclair J, et al. Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013;36(2):100-6. doi:10.1016/j.ijlp.2013.01.002
15. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(9):1254-60. doi:10.1176/ajp.155.9.1254
16. O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, et al. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research*. 2014;215(1):120-6. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.016
17. Kaltiala-Heino R. Methodological issues in measuring coercion in psychiatric care. Morrissey JP, Monahan J, editors. Stanford, Connecticut: JAI Press Inc; 1999.
18. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS One*. 2016;11(12):e0168720. doi:10.1371/journal.pone.0168720

19. Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn EO, et al. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2011;34(6):429-38. doi:10.1016/j.ijlp.2011.10.008
20. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*. 2012;12:54. doi:10.1186/1471-244X-12-54
21. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: Narodne novine, NN 76/14; 2014 [Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_76_1414.html [Datum pristupa: 14. svibanj 2018.]
22. San L, Marksteiner J, Zwanzger P, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2016;12:75-86. doi:10.2174/1745017901612010075
23. Irwin A. The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(3):309-18. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00957.x
24. Masters KJ. Physical Restraint: A Historical Review and Current Practice. *Psychiatric Annals*. 2017;47(1):52-5. doi:10.3928/00485713-20161129-01
25. Masters K. Seclusion and restraint. *Psychiatry Board Review Course*. Glendale, CA:: Audio Digest Foundation; 2014.
26. Tones N. The Great restraint controversy: a comparative perspective on Anglo-American psychiatry in the 19th century. In: Porter R, Bynum W, Shepherd W, editors. *The Anatomy of Madness: Essays on the History of Psychiatry*. London, England: Routledge; 1988. p. 190-225.
27. Weiss E. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report: Hartford Courant; 1998 [Dostupno na: http://articles.courant.com/1998-10-11/news/9810090779_1_mental-health-deaths-restraint-policy. [Datum pristupa: 18. ožujak 2018.]

28. Services CfMaM. Pub 100-07 State operations, provider certification. 2008.
29. Ministarstvo zdravlja. Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Narodne Novine, NN 16/2015
30. Newton-Howes G. Use of seclusion for managing behavioural disturbance in patients. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2018;19(06):422-8. doi:10.1192/apt.bp.112.011114
31. Knox DK, Holloman GH, Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012;13(1):35-40. doi:10.5811/westjem.2011.9.6867
32. Stephan Haimowitz JD, Jenifer Urff JD, Kevin Ann Huckshorn RN. Restraint and seclusion—a risk management guide: National Association of State Mental Health Program Directors; 2006 [Dostupno na: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/R-S_RISK_MGMT_10-10-06%282%29.pdf. [Datum pristupa: 8. svibanj 2018.]]
33. Mental Health Commission. Seclusion and restraint reduction strategy 2014 [Dostupno na: <http://www.mhcirl.ie/File/Seclusion-and-Restraint-Reduction-Strategy.pdf>. [Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]]
34. Mental Health Commission. The Use of Seclusion, Mechanical Means of Bodily Restraint and Physical Restraint in Approved Centres: Activities Report 2014 and 2015 2017 [Dostupno na: http://www.mhcirl.ie/File/SecRestriant_Rpt_2014_2015.pdf. [Datum pristupa: 8. svibanj 2018.]]
35. Vlada Republike Hrvatske. Odluka o objavi opće deklaracije o ljudskim pravima: Narodne Novine, NN 12/2009 [Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/međunarodni/2009_11_12_143.html. [Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]]
36. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*. 2005;13(4):251-7. doi:10.1016/j.aaen.2005.09.003

37. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses 2006 [Dostupno na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf. [Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]
38. UNESCO. Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima 2005 [Dostupno na: https://mzo.hr/sites/default/files/migrated/opca_deklaracija_o_bioetici_i_ljudskim_pravima.pdf. [Datum pristupa: 4. svibanj 2018.]
39. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe 1994 [Dostupno na: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf. [Datum pristupa: 9. svibanj 2018.]
40. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35(7):419-23. doi:10.1136/jme.2008.027235
41. Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, et al. The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2010;37(2):272-81. doi:10.1007/s11414-009-9191-1
42. Sharp D, Palmore T, Grady C. The ethics of empowering patients as partners in healthcare-associated infection prevention. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2014;35(3):307-9. doi:10.1086/675288
43. Čižmić J. Pravo pacijenta na obavještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*. 1991;29. Available from:
44. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne Novine, br. NN 169/2004.
45. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (MZSS). Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Zagreb: Narodne Novine, 10/2008.

46. Aveyard H. The patient who refuses nursing care. *Journal of Medical Ethics*. 2004;30(4):346-50. doi:10.1136/jme.2002.000893
47. Zakon o zaštiti tajnosti podataka, Narodne Novine, NN 108/1996
48. Čižmić J. Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*. 2008;30(1):91-134.
49. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine, NN 121/2003
50. Etički kodeks medicinskih sestara: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2005
[Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki_kodeks.pdf.
[Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]
51. Grozdanić V, Škorić M, Rittossa D. Liječnička tajna u funkciji zaštite privatnosti osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik PFZ*. 2014;64(5-6):833-57.
52. Allen A. Privacy in health care. In: Reich W, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 4. New York: Macmillan; 1995. p. 20064-73.
53. Hrvatski sabor. Zakon o zaštiti prava pacijenata: Narodne novine, NN 169/204;
[[Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]
54. Ministarstvo zdravlja. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi. Narodne Novine, NN 25/2017.
55. Hrvatski Sabor. Zakon o zdravstvenoj zaštiti: Narodne novine, NN 150/2008
[[Datum pristupa]
56. Benčić L. Mlada djevojka Ana Dragičević će zbog prisilnog liječenja na psihijatriji tražiti udštetu. *Jutarnji list*. 2017.
57. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(6):499-508. doi:10.1111/jpm.12129
58. Nijman HL, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*. 1999;50(6):830-1. doi:10.1176/ps.50.6.830

59. Hrvatsko psihijatrijsko društvo. Strategija prevencije agresivnog ponašanja: Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije. 2016.
60. Zakon o sestrinstvu, Narodne Novine, br. 121/2003.
61. Kalauz S. Etika u sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
62. Sestrinstvo u akciji. Salvage J, editor. Zagreb: Zonta klub; 1994.
63. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
64. Znidarić Ž. Uvod u raspravu o liječničkoj odgovornosti. Zagreb: Medicinska etika, Hrvatsko Katoličko Liječničko Društvo, Centar za bioetiku; 2006.
65. Bošković Z. Medicina i pravo. Zagreb: Pergamena; 2007.
66. National collaboration Centre for Mental Health NIfHaCE. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings 2015 [Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>. [Datum pristupa: 5. svibanj 2018.]

Životopis

Iris Marin Prižmić rođena 12.06.1973. u Splitu. Osnovnu školu završila je u Žrnovnici. Zdravstveni obrazovni centar završila 1991. u Splitu, smjer medicinska sestra općeg smjera. Pripravnički staž odradila nakon završenog srednjoškolskog obrazovanja. Stručni ispit položila 1995. Zaposlena na Klinici za psihijatriju od 1992. do danas. 2006. upisuje Stručni studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Splitu, pri čemu stječe zvanje Stručni prvostupnik sestrinstva. 2016. godine upisuje Diplomski studij sestrinstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Od 2017. godine uključena u psihodramsku edukaciju pri Centru za psihodramu u Zagrebu. a Članica je izvršnog odbora Komore medicinskih sestara. Članica je izvršnog odbora i dopredsjednica Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara i medicinskih tehničara. Autorica i koautorica više stručnih radova. Sudjelovala na više stručnih kongresa i sekcija. Majka je jednog djeteta.